

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

476

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Mention Médecine)

PAR

Mlle B. RAICHSTEIN

Née à Berditcheff (Russie) le 9 août 1885

DE LA RÉTROVERSION
DE
L'UTÉRUS GRAVIDE

~~~~~  
*Président : M. BAR, Professeur.*

PARIS

JOUVE ET C<sup>ie</sup>

IMPRIMEURS ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

—  
1910



476

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1910

THÈSE

N°

---

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Mention Médecine*)

PAR

Mlle B. RAICHSTEIN

Née à Berditcheff (Russie) le 9 août 1885

---

DE LA RÉTROVERSION

DE

L'UTÉRUS GRAVIDE



~~~~~  
Président : M. BAR, Professeur.

PARIS

JOUVE ET C^{ie}

IMPRIMEURS ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

—
1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.....		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER
Paratologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....		ACHARD
Pathologie médicale.....		WIDAL
Pathologie chirurgicale.....		DEJERINE
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène.....		GILBERT
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.....		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.....		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.....		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements.....		PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANCON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553016_0005

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté
Accoucheur de la clinique Tarnier
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

Avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, c'est pour nous un agréable devoir que d'exprimer toute notre profonde reconnaissance au maître admirable à qui nous sommes redevable de nos modestes connaissances dans l'art d'accouchement. M. le professeur Bar a bien voulu nous aider de ses conseils constants pour mener à bien notre modeste travail et nous sommes très touchée du grand honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

Nos remerciements vont aussi à ses collaborateurs immédiats, à M. Lequeux, chef de clinique de la Faculté, qui nous a fait profiter largement de son expérience clinique et à M. Devraigne, chef de clinique adjoint de la Faculté dont l'enseignement pratique nous sera très précieux pour l'avenir.

Nous exprimons toute notre gratitude à M. le docteur Mosny, dont nous fûmes élève bénévole, ainsi qu'à M. le docteur Siredey, à M. le professeur Delbet et à MM. les professeurs agrégés Marcel Labbé et Auguste Broca, dans les services desquels nous avons fait nos stages, et qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Nous remercions vivement M. le professeur agrégé

Brindeau, sous la direction de qui nous avons suivi la consultation de gynécologie de la clinique Tarnier.

L'idée de notre thèse nous a été inspirée, par une leçon de M. le professeur Bar, sur la rétroversion de l'utérus gravide, faite à la clinique Tarnier, dans le courant de l'année 1910.

Ce sujet nous a vivement intéressée, car notre pratique courante nous mettra, sans nul doute, en présence de tels accidents. En effet, la rétroversion de l'utérus gravide est loin d'être une affection rare et occupe une assez large place en pathologie obstétricale, ainsi que le prouve nombre de statistiques. Si l'on considère les déplacements de la matrice en arrière, en général, on trouve, d'après Sanger (73), 15,45 de cas de rétrodéviations utérines sur 100 maladies de femmes, 19, 10 p. 100 d'après Winckel.

Dans notre étude, nous adopterons le plan suivi par M. le professeur Bar, dans sa leçon clinique. Après avoir étudié brièvement l'historique et la définition, nous exposerons la pathogénie de la rétroversion de l'utérus gravide, question qui mérite un large développement. L'évolution clinique, les complications de l'affection qui nous intéresse, enfin son pronostic, seront successivement passés en revue. Le diagnostic et le traitement feront l'objet d'un chapitre à part. Le diagnostic est important à bien connaître

au praticien, afin de remédier à temps au mal; mais, malheureusement, il n'est pas toujours facile à établir. Pour bases de notre argumentation, nous prendrons les observations que nous plaçons à la fin de notre thèse. Nous publions non seulement les observations inédites que nous avons pu recueillir, mais aussi quelques-unes de celles qui ont été déjà publiées, et que nous reproduisons à nouveau, tant elles nous paraissent intéressantes et démonstratives.

HISTORIQUE ET DÉFINITION

Si la rétroversion de l'utérus gravide paraît être un accident connu depuis assez longtemps des accoucheurs, il n'en est pas moins vrai, que c'est seulement chez les auteurs du *xviii^e* siècle qu'on trouve des observations précises, concernant cette complication sérieuse de la grossesse. Notamment, Grégoire, membre du Collège Royal de Paris, fit, en 1740, un cours intéressant sur la rétroversion de l'utérus en état de grossesse. Un de ses élèves, Walter Wall, relate avec beaucoup de précision un cas dont il fut témoin en Angleterre, en même temps que William Hunter. La question est reprise par Desgranges, de Lyon, dans un important mémoire que cet auteur publia, en 1785. Le premier, il fait constater qu'il y a lieu de distinguer les rétroversions qui se produisent progressivement, de celles qui s'installent brusquement.

Plus près de nous, signalons la communication présentée par Bunge, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin (1881). D'après Bunge, la rétroversion utérine s'observerait chez 26 femmes enceintes sur 3.472 cas de grossesses, autrement dit dans 0, 75 p. 100 des cas environ. Martin, étudiant le sujet qui nous intéresse, range la multiparité comme cause la plus fréquente pouvant favoriser le

déplacement en arrière de l'utérus gravis. Il s'appuie sur sa statistique, publiée en 1875, et qui montre qu'il n'y a que 3 primipares contre 13 multipares victimes de cet accident. Charles, de (8) Liège, arrive à une constatation analogue, puisque sur un total de 79 cas, il note 66 multipares. Outre la multiparité, Martin (39) fait jouer un grand rôle à la rétroflexion utérine antérieure. Sur 24.000 femmes présentant une affection de leur appareil génital, 121 étaient atteintes d'une rétroflexion de l'utérus gravis. Dans 22 de ces 121 cas, ce déplacement de la matrice était congénital. Ici encore, les multipares payent le plus lourd tribut; en effet, elles sont 94, contre 27 primipares. Il résulte du travail de Martin, que la rétroflexion préexistante à la grossesse constitue une prédisposition à la rétroversion de l'utérus gravis; la première affection étant assez rare chez les primipares, rien d'étonnant à ce que la seconde soit plus fréquente chez les multipares.

Les travaux se multiplient jusqu'à 1895, sur ce chapitre important de la pathologie obstétricale; sans les négliger, nous aurons surtout en vue les études plus récentes, postérieures à cette date, auxquelles nous ajouterons notre modeste contribution.

La définition de la rétroversion de l'utérus gravis ne se prête pas à de grands développements, car tous les auteurs sont à peu près d'accord à ce sujet. De même que l'utérus, à l'état de vacuité, la matrice peut subir un déplacement en arrière pendant la grossesse. Dans les deux cas, le déplacement peut se faire de deux façons : lorsque le col et le corps de

l'utérus dévié en arrière, restent sur le même plan, on dit qu'il y a *rétroversion*; lorsqu'ils forment un angle ouvert vers le vagin, on dit qu'il y a *rétroflexion*. La rétroflexion comprend deux degrés : tantôt l'organe se place horizontalement dans la station debout, le fond de l'utérus se trouvant au milieu de l'excavation, et le col derrière la symphyse, tantôt il est dirigé de bas en haut et d'avant en arrière, le col représentant la partie haute de l'utérus, le corps, sa partie la plus basse.

On peut aussi distinguer les *rétrodéviations non adhérentes*, dont les unes sont mobiles, l'utérus pouvant osciller dans le pelvis « comme un battant de cloche », et dont les autres ne sont que mobilisables, mais restant habituellement en position vicieuse —, et les *rétrodéviations adhérentes*, fixées en position anormale par un processus inflammatoire.

PATHOGÉNIE.

Avant de passer en revue les diverses causes invoquées pour expliquer la production de la rétroversion de l'utérus, pendant la grossesse, il nous semble indispensable d'étudier celles qui déterminent la rétroflexion de l'utérus à l'état de vacuité. La rétroflexion de l'utérus à l'état de vacuité peut être congénitale ou acquise. Nous étudierons donc à part les causes de la rétroflexion congénitale, parmi lesquelles, nous intéresseront surtout, la prédisposition anatomique, la situation des ovaires en arrière, la plénitude de la vessie; puis celles de la rétroflexion acquise, et notamment la métrite, le fibrome et la salpingo-ovarite. Pour bien comprendre ce chapitre, il est nécessaire de connaître la position de l'utérus et des ovaires chez un fœtus à terme, ensuite celle de l'utérus complètement développé.

Au début de la vie intra-utérine, les ovaires sont haut situés, de chaque côté de la colonne lombaire. Ce n'est que dans le courant du troisième mois, qu'ils effectuent leur descente progressive pour venir occuper finalement leur situation normale. D'après Poirier (52), dès le sixième mois de la vie intra-utérine, les organes génitaux de la femme ont une situation bien définie. Le fond de l'utérus occupe le

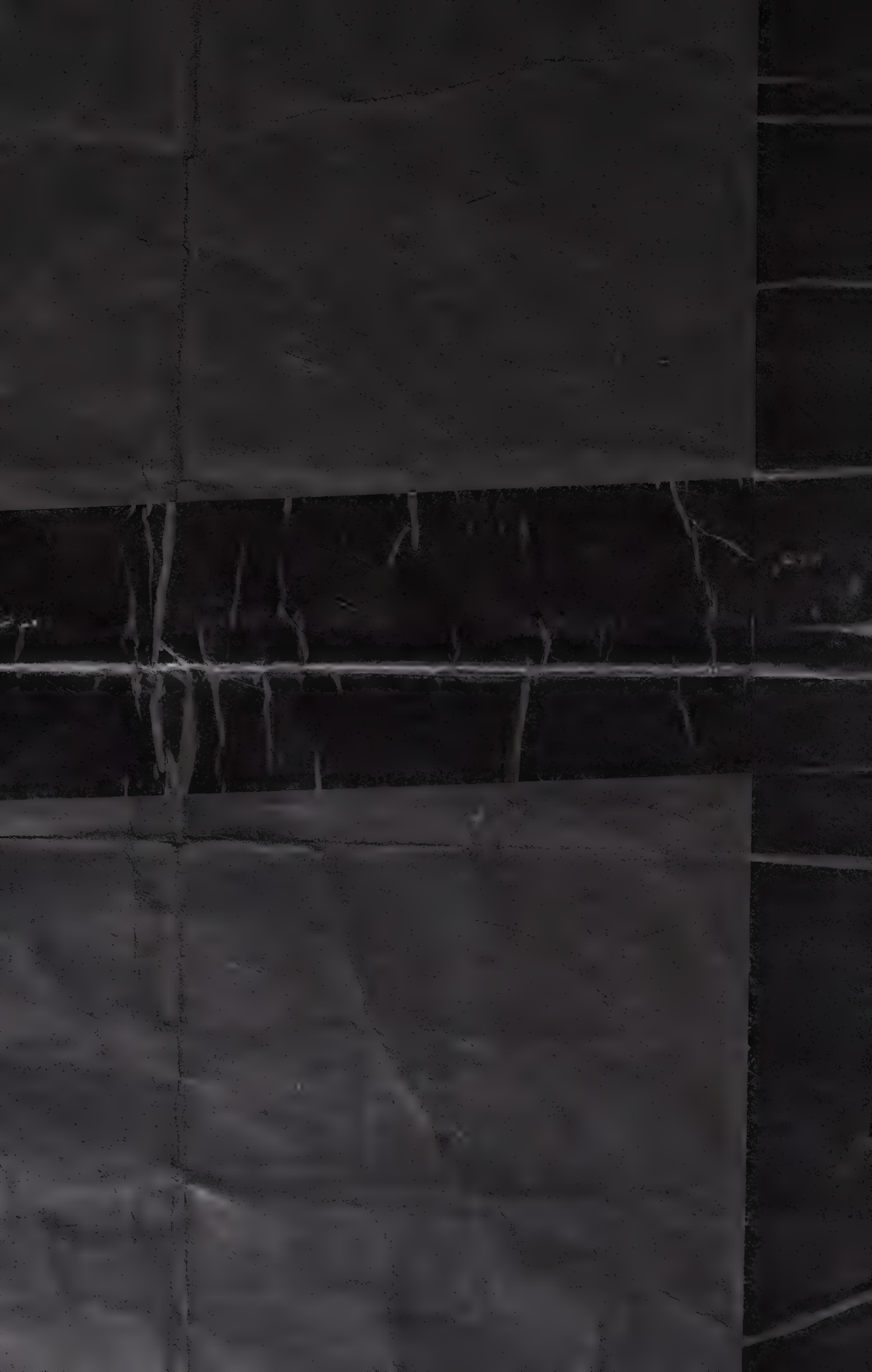
grand bassin, et les trompes possédant déjà un mésosalpinx sur lequel repose les ovaires, sont appendues de chaque côté de la matrice. Ainsi que le démontrent les recherches de plusieurs auteurs, de Nagel et de Poirier, entre autres, même chez un fœtus à terme, les ovaires se trouvent encore dans le grand bassin, au contact du détroit supérieur, à cheval sur les artères ombilicales, suivant l'heureuse expression de Poirier. Ce n'est que dans le cours de la première année, et même plus tard, que se produit la descente des ovaires dans l'excavation pelvienne, dont ils viennent occuper les parties latérales, dans les fossettes rétro-ovariennes. Plusieurs moyens de fixité concourent à les maintenir en place et notamment les ligaments suspenseurs ou infundibulo-pelviens dont nous verrons le rôle dans le mécanisme du déplacement de l'utérus en arrière. Les ligaments infundibulo-pelviens sont constitués par un faisceau de fibres musculaires, recouvert par le péritoine; en haut, ils se confondent avec le fascia sous-péritonéal, en bas avec les ligaments larges, dont ils ne sont qu'une dépendance, et, par leur intermédiaire, avec les fibres de l'utérus et celles des trompes.

Quand on examine l'utérus d'un fœtus à terme, on est frappé de la disproportion qui existe entre le col et le corps de cet organe. Le col, cylindrique et placé dans le même axe que le vagin, présente une longueur bien supérieure à celle du corps, qui est petit, peu développé et légèrement incliné en avant grâce à sa flexibilité. En somme, le col représente au



(Veit. Handbuch f. Gynak - 1907. Band I.)

Appareil génital de la femme n'ayant pas achevé son développement complet.



moins les deux tiers de la longueur totale de l'organe. De cette prépondérance du col dans un utérus infantil, résulte l'importance plus grande de son appareil de fixité. Ce dernier est constitué avant tout par les ligaments utéro-sacrés ou replis de Douglas, qui prennent naissance sur la paroi postérieure de l'utérus, au-dessous de l'orifice interne du col, pour se porter de là en arrière, en haut et en dehors, en contournant les parties latérales du rectum, et venir s'attacher sur les première, deuxième et troisième vertèbres sacrées. Mais les ligaments utéro-sacrés ne sont qu'une dépendance des deux lames aponévrotiques contenant un grand nombre de fibres musculaires et occupant une position antéro-postérieure. Ces deux formations aponévrotiques ont été bien décrites par Pierre Delbet (12), sous le nom d'aponévroses sacro-recto-génitales. D'après cet auteur, elles sont placées verticalement, à gauche et à droite, se rapprochent par leurs extrémités inférieures, en convergeant légèrement en avant. En arrière, elles s'insèrent sur le sacrum et le coccyx; un certain nombre de leurs trousseaux fibreux se dirigent en avant et en bas, les uns s'arrêtant au rectum, les autres atteignant l'utérus. Les fibres qui prennent cette dernière direction se comportent différemment : les unes, après avoir contourné le col, se continuent jusqu'à la vessie; les autres se perdent dans le vagin. C'est, d'après l'excellente comparaison de M. Bar, un hamac dans une des mailles duquel s'engage le col et qui est formé par les trousseaux fibro-aponévrotiques, que double la séreuse. Ce hamac s'attache

en avant au pubis ; en arrière, au sacrum et au coccyx.

En avant, le col est fixé au pubis par une lame fibreuse qui comporte deux parties : d'une part, les faisceaux pubo-vésicaux, allant du pubis à la vessie ; d'autre part, les ligaments vésico-utérins dont les faisceaux, étalés en lame, s'étendent de la vessie au col de l'utérus et au vagin.

Au demeurant, le col est bien maintenu en équilibre stable par tous ces moyens de fixité. Mais il n'en est pas de même du corps de l'utérus, qui ne possède pour le maintenir en place, que les ligaments larges et les ligaments ronds. Ces derniers sont loin d'être suffisants pour empêcher l'utérus de se déplacer dans le sens antéro-postérieur. Il en résulte que le corps obéit à toutes les sollicitations quelles qu'elles soient qui le poussent, en avant ou en arrière. C'est ainsi, par exemple, que la répléxion de la vessie suffit pour faire déplacer l'utérus en arrière, celle du rectum, en avant.

La rétroversion peut être congénitale. Nous avons vu que certains auteurs lui font jouer un rôle important dans la pathogénie de l'affection qui fait l'objet de notre thèse. Il est donc intéressant de considérer les causes qui peuvent la déterminer. Küstner (31) range parmi les causes capitales de la rétroversion congénitale, une anomalie dans la situation des ovaires.

Ceux-ci, au lieu d'effectuer leur descente normale, et de se placer dans la fossette ovarienne, à côté et un peu en arrière de l'utérus, conservent leur posi-



(Schultze. — Déviations utérines)

Rétroflexion par suite de fixation antérieure du col.

tion élevée, fatale. Ce phénomène peut être attribué, d'après le même auteur, à une brièveté extraordinaire des ligaments infundibulo-pelviens, qui empêche la descente des ovaires dans l'excavation pelvienne.

Le professeur Pitha (51) cite un cas de développement anormal des ligaments infundibulo-pelviens, ainsi que des trompes, chez une femme qui avait un utérus rétroversé congénitalement. Il attache une grande importance à cette anomalie du développement dans la production de la rétroflexion utérine. Chez son sujet, le professeur Pitha trouva des trompes très pauvres en fibres, amincies surtout dans leur partie interne, dont l'épaisseur était comparable à celle d'une mince ficelle, allant se perdre dans les ligaments infundibulo-pelviens.

La situation élevée des ovaires commanderait à celle de l'utérus. Les ovaires, placés au-dessus du détroit supérieur, attirent par l'intermédiaire de leurs attaches, l'utérus en haut et en arrière, et cet organe finit par se mettre en rétroposition. Survient une rétention habituelle de l'urine et la rétroversion est constituée. Du reste, on observe normalement cette situation de l'utérus, chez le fœtus à terme. Nous avons vu qu'à cette époque, les ovaires sont encore haut situés. Aussitôt que les ovaires sont arrivés à leur emplacement définitif dans l'excavation, l'utérus se redresse, et grâce à la flexibilité du corps sur le col, se met en légère antéflexion.

D'après Schultze (61), la rétroversion congénitale tient plutôt à un arrêt du développement du vagin

Il s'agit des vagins infantiles, courts, présentant surtout un défaut d'étoffe dans leur paroi antérieure. Du reste, l'atrésie frappe habituellement tout l'appareil génital : l'utérus est petit, les ligaments ronds sont minces, le vagin et la vulve sont étroits. Notons en passant que l'habitus de la femme peut être significatif. Chez une femme nommée C..., venue à la consultation de gynécologie de la clinique Tarnier, et qui se plaignait de ce qu'elle sentait quelque chose lui descendre à la vulve, nous avons trouvé, outre une colpocèle antérieure, un utérus petit, en rétroposition, et les ovaires en arrière. Son état général était très insuffisant. Elle était maigre, pâle et petite. Agée de 33 ans, elle eut trois grossesses. Réglée seulement à l'âge de 19 ans, elle le fut d'une façon fort irrégulière depuis.

L'inégalité du développement des parois vaginales entraîne fatalement celle du col. La paroi postérieure du vagin étant la plus longue, il en est de même de la paroi correspondante du col. Ce dernier, pour se placer dans l'axe du vagin ne pourra que se mettre en rétroposition, grâce à la disposition des attaches vaginales sur le col.

Pour que l'utérus se mette en antéflexion, il est nécessaire que le vagin s'allonge, afin de permettre au col d'exécuter librement son mouvement de bascule. Il suffit une cause occasionnelle, comme la plénitude habituelle de la vessie, pour rendre inévitable la rétroversion de l'utérus.

En somme, ce sont les femmes ayant conservé un développement imparfait de leur appareil génital,

avec des ovaires haut situés, un vagin infantil, un utérus petit, hypoplasique, un appareil ligamenteux insuffisant, qui sont sujettes au déplacement de l'utérus en arrière.

Nous allons à présent passer en revue les causes invoquées pour expliquer la rétroversion acquise, et dont les principales sont la métrite et la périmétrite, le fibrome, la salpingo-ovarite et la rétroposition des ovaires.

L'infection, soit gonorrhéique, soit post partum, occupe une place dominante parmi les facteurs étiologiques de la rétrodéviation acquise de l'utérus.

Pour Schultze (72), l'endométrite est souvent à incriminer dans la production de la rétroflexion.

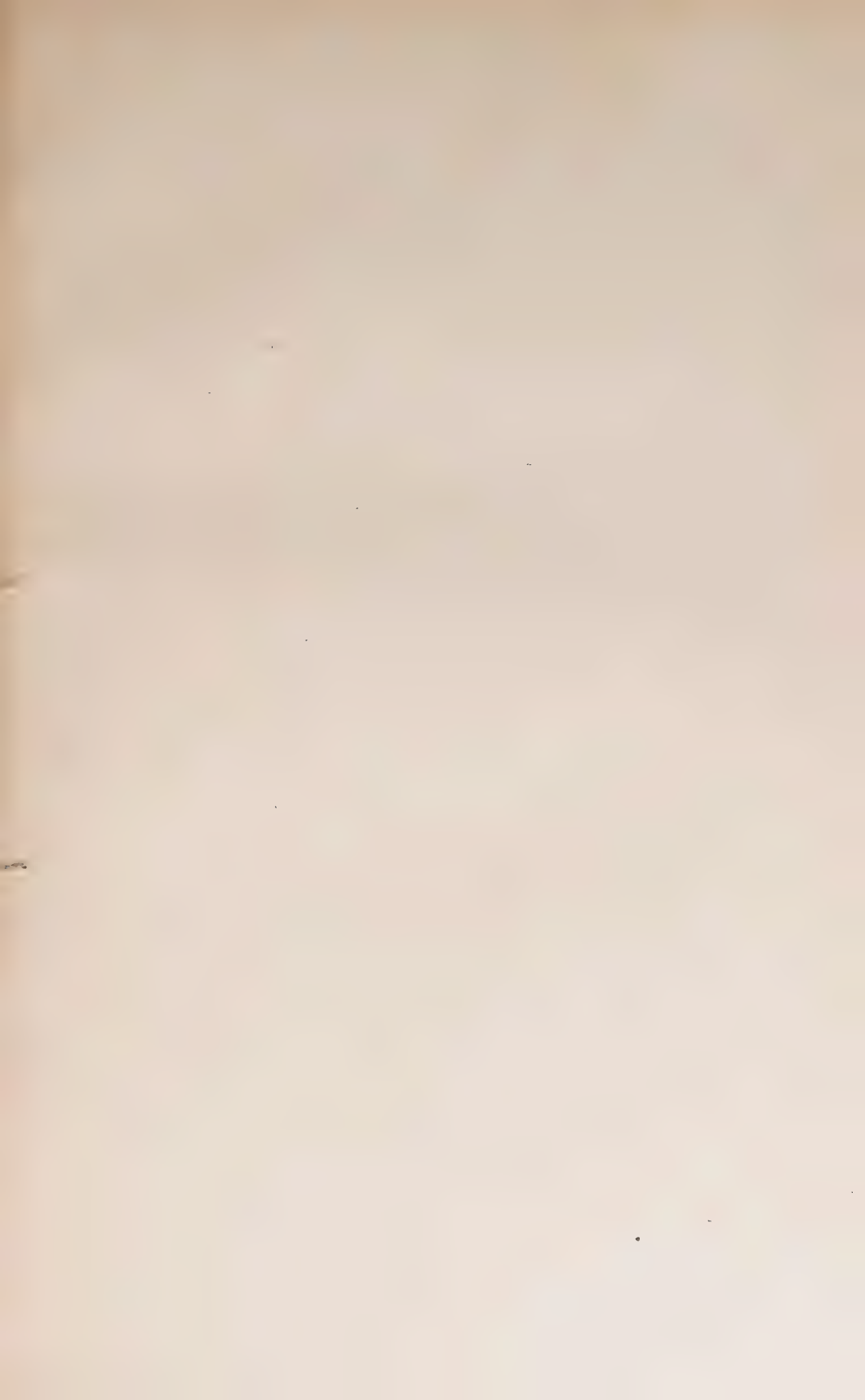
« Le processus inflammatoire, dit cet auteur, se propage aux tissus utérin et paramétrique et aboutit, soit aux adhérences paramétriques, soit à la disparition de la musculature rétractile de l'utérus : »

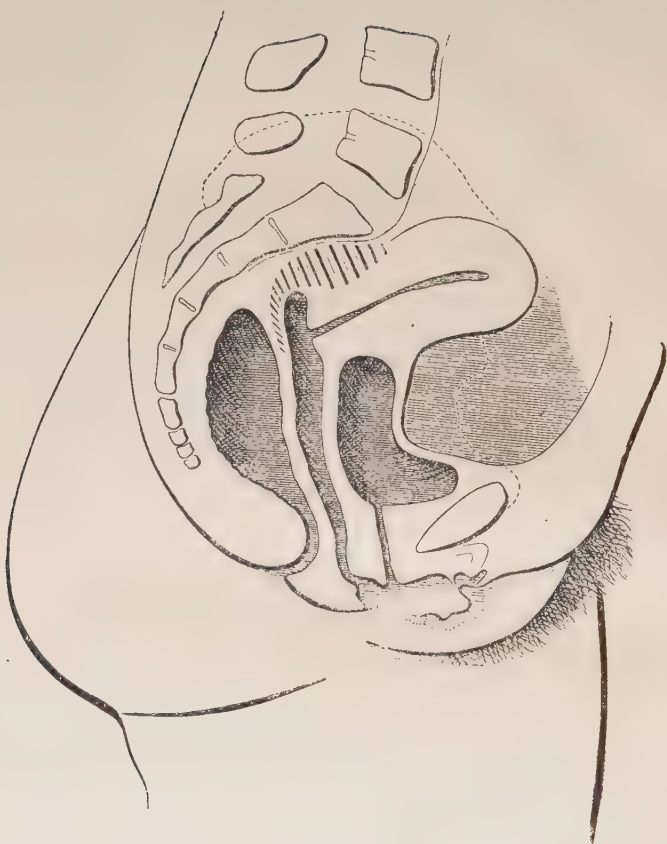
Si la rétroversion chez les jeunes filles, ainsi que le fait remarquer Pichevin (47), peut exister à l'état latent, ne se manifestant que par l'abondance des règles, souvent douloureuses, il n'en est plus de même des jeunes mariées, où elle devient vraiment pathologique, grâce à l'infection. L'utérus se congestionnant, s'infiltrant, devient plus lourd, augmente de volume et s'affale sur les ligaments sur lesquels il pèse de tout son poids. Les ligaments forment une sorte de deux sangles juxtaposées, entre lesquelles s'engagent l'utérus oedematié, comme étranglé, et prêt à prendre sous l'influence d'une cause minime, une position anormale.

D'après ce qui précède, nous voyons que Schultze, pour expliquer le déplacement de l'utérus en arrière, attache une grande importance, aux phénomènes inflammatoires périmétriques qui aboutissent, soit aux adhérences périmétriques antérieures ou postérieures, soit au relâchement de l'appareil musculo-ligamentaire. Les adhérences que contractent l'utérus sont importantes à considérer pour l'étude que nous poursuivons. Il s'agit des tractus conjonctifs allant de l'utérus au rectum et aux parois latérales ou antérieures du pelvis. Ces lésions sont capitales à connaître, car elles sont les agents de la déviation : elles la produisent et la maintiennent, une fois qu'elle est produite.

La paramétrite postérieure peut amener, tantôt la fixation en arrière et en bloc de l'utérus par toute sa face postérieure, tantôt la production des noyaux fibreux dans les ligaments utéro-sacrés, qui se rétractent et attirent le col en arrière; ce dernier, se met en rétroversion avec antéflexion du corps. Schultze déclare qu'une rétroversion peut s'établir à la suite d'une fixation de la portion vaginale du col, à la paroi antérieure du pelvis. La paroi antérieure du vagin peut être raccourcie par les cicatrices, résultant tantôt d'une plaque de sphacèle due à la pression prolongée de la tête fatale, tantôt des fistules vésico-vaginales.

Ziegenspech est d'avis que la fixation antérieure du col est la cause la plus fréquente de la rétroversion. Par la périmétrite antérieure, le col est attiré en avant, le corps est poussé en arrière par la vessie :





(Schultze. — Déviations utérines)

Rétroposition par fixation péritonéale



(Schultze. — Déviations utérines)

Rétroflexion de l'utérus et des ovaires. Plis de Douglas épaissis par une paramétrite postérieure ayant existé antérieurement.

d'où rétroversion. Il y a allongement considérable de la face antérieure de l'isthme, et la flexion se produit.

Venot (71) cite un cas de rétroflexion utérine maintenue dans cette position anormale, par une bride fibreuse, très résistante, partant de la face postérieure de l'utérus. Mais on peut se demander, s'il ne s'agissait pas dans ce cas, d'une simple, rétraction scléreuse du péritoine dans l'angle de flexion de l'utérus, et que Durhssen accuse de favoriser l'enclavement de l'utérus gravide.

Le relâchement de l'appareil musculo-ligamenteux est une cause anatomique assez fréquente de la rétroversion utérine. De tous les moyens de fixité de l'utérus, ce sont les ligaments utéro sacrés qui le maintiennent en arrière, et les ligaments ronds et pubo-utérins qui le maintiennent en avant, qui contribuent le plus à ramener l'organe dans sa situation primitive et à l'y fixer, soit après une évacuation du rectum, soit après une miction. Si la rétractilité des ligaments postérieurs peut avoir pour effet de porter le col de l'utérus en avant, les ligaments ronds sont impuissants d'attirer le corps, après chaque évacuation de la vessie. Il s'ensuit que l'utérus se met en rétroversion.

Mais d'où provient le relâchement de l'appareil musculo-ligamenteux? Schultze (72) l'attribue principalement à un processus inflammatoire. En outre, pour lui, les suites de couches pathologiques et la péri-métrite postérieure jouent un grand rôle, dans la production du relâchement des moyens de fixité de

l'utérus. Un utérus, atteint de métrite après l'accouchement, subit une involution insuffisante; entraîné par son propre poids, il s'incline en arrière; les ligaments utéro-sacrés ayant perdu leurs fibres rétractiles se relâchent, et le col se porte en avant, d'autant plus que les ligaments ronds sont impuissants à empêcher le corps de basculer en arrière.

D'après Macrez (20), le manque de tonicité utéropelvienne, résultant d'une cause générale, intervient pour une grande part, dans l'étiologie des rétrodéviations. Celles-ci peuvent s'accompagner de ptoses viscérales; pour quelques-unes, on peut admettre une origine familiale, liées à une atonie des tissus. « Tous les organes voisins, écrit cet auteur, peuvent avoir la tonicité de leurs fibres musculaires compromises en même temps que l'utérus... On conçoit facilement que l'état général et surtout un état général nerveux délabré puisse entraîner la rétrodéviation, occasionner la rétrodéviation aiguë, les rétrodéviations intermittentes et les poussées congestives ».

La rétroversion flexion peut être symptomatique d'une tumeur utérine, siégeant soit dans la paroi postérieure du corps, soit dans sa paroi antérieure. Il est évident que les fibromes de la paroi postérieure agissent en vertu de leur pesanteur : l'utérus est entraîné par la tumeur, vers la concavité sacrée, en arrière. C'est ainsi que dans une observation de Pichevin (48), il s'agit d'une production fibreuse ayant entraîné l'utérus en rétrodéviation. Celle-ci disparut après l'ablation du fibrome et la remise du corps utérin en place.

Dans un autre cas, cité par Schultze, un adénome myxomateux de la partie antérieure de l'utérus et du col, ayant pris un développement suffisant, repoussa l'utérus en arrière, en rétroflexion très prononcée. L'adénome ayant été enlevé, l'utérus diminua de volume et se plaça, après quelques jours, en antéversion.

Certains auteurs, et notamment Küstner (31) font intervenir parmi les facteurs étiologiques, la salpingo-ovarite et la rétroposition des ovaires. Küstner soutient que les adhérences postérieures, auxquelles sont attribuables les changements des positions de l'utérus, sont plutôt le résultat des inflammations péritonéales que périmétriques.

Il se produirait d'abord une rétroposition des ovaires, et consécutivement, une rétroversion utérine. Comme le fait remarquer Fritch (20), fréquemment « les adhérences se forment d'une façon indirecte. La salpingite conduit à la périsalpingite; les ligaments se raccourcissent, s'épaississent, le processus de cicatrisation s'étendant en partie, déplace les annexes ».

En effet, les ligaments infundibulo-pélviens, raccourcis, rétractés par la sclérose, se tendent et tirent sur les ovaires qui, décrivant un mouvement de bascule, se portent en arrière et en dedans, dans le cul-de-sac de Douglas; il se produit ce qu'on appelle un prolapsus des ovaires. Dans cette situation d'après Küstner les ovaires repoussent la partie cervicale de l'utérus en avant, en même temps que les courts ligaments ovariens, attirent le corps en arrière, ce qui aboutit la pression abdominale aidant, à la

rétroversion-flexion. Celle-ci devient permanente grâce à la formation des adhérences et des fausses membranes rétractées.

En 1895, Reynier (57), dans une communication faite au Congrès de Bordeaux, rappelait que les rétrodéviations utérines, et en particulier, les rétroflexions, sont les plus souvent dues à des lésions inflammatoires des annexes, ou à des périmétrites plus ou moins anciennes, laissant des adhérences qui fixent l'utérus; étant intervenu 31 fois, soit par l'hystérectomie vaginale, soit par la laparatomie, il avait toujours trouvé des lésions annexielles.

Pour Péan, lorsque l'utérus est en rétroflexion et adhérent, on trouve toujours en même temps les trompes et les ovaires sclérosés, friables, kystiques ou même purulents.

Jayle et de Lima (29) sur 1.100 cas d'affections intéressant les organes génitaux de la femme, ont constaté 76 rétrodéviations, toutes douloureuses, toutes compliquées de lésions annexielles, et la plupart accompagnées de métrite.

Jusqu'à présent, nous n'avons eu en vue, dans l'exposé des différentes théories, que l'utérus à l'état de vacuité; il nous reste maintenant à envisager l'utérus grévide. Nous étudierons brièvement la prédisposition que crée une rétroversion préexistante, ainsi que les altérations histologiques que peuvent subir les tissus pendant la grossesse, et favoriser ainsi la rétroversion.

Depuis longtemps déjà, on discute sur la prédisposition que crée une rétroversion préexistante,

pour la production d'une rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. Dès l'année 1843, Amussat émettait cette opinion nouvelle, à propos d'une observation qui lui servit de base pour un intéressant mémoire, paru dans le *Journal de Chirurgie* de Malgaigne. Il est question, dans le cas d'Amussat, d'une femme chez laquelle on avait constaté une rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité; devenue enceinte, elle fut victime d'une rétroversion de l'utérus gravide. En 1875, Bernutz publie une observation analogue. Dans la thèse de Combarieu, (10), nous lisons que sur 120 cas de rétroversion gravidique, 15 fois la rétroversion s'était produite lors d'une grossesse antérieure. Küstner (31) est du même avis, quand il déclare que « dans l'immense majorité des cas, quand on constate une rétroversion de l'utérus gravide, le déplacement de l'utérus existait déjà avant la conception. » Du reste, pour cet auteur, pour qu'un déplacement se produise, il faut au moins un relâchement des ligaments et une mobilité anormale de l'organe. Par contre, si ce dernier est en antéversion et si l'appareil ligamenteux est normal, le poids du corps alourdi par la grossesse appuie fortement sur le col et le fait porter en arrière; par conséquent, il y a conservation de la position normale.

Il est à noter que la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité peut exister souvent sans donner lieu à aucun symptôme pouvant éveiller l'attention de la femme. Beaucoup d'avortements n'ont pas d'autres causes, qu'un utérus en rétroversion. La

statistique de Combarieu (10) est fort suggestive à cet égard. Sur un total de 113 cas de rétroversion utérine, cet auteur relève, dans 19 cas, un avortement; dans 9 cas, 2 avortements; dans un cas, 3; dans un, 6; et enfin dans un autre, jusqu'à 8 avortements!

Les transformations que subissent tous les tissus de l'appareil génital de la femme pendant la grossesse, ne sont pas à négliger dans l'étude étiologique de la rétroversion. Le ramollissement atteint tout le corps utérin, durant la gestation; l'isthme, futur segment inférieur, s'amincit, devient flasque et se plisse sous le poids du corps; ce dernier peut balloter librement au-dessus de lui, d'avant en arrière; augmenté de volume et de poids, il tend tout naturellement à se mettre, soit en antéversion, soit en rétroversion, tandis que le col reste fixe grâce à ses solides attaches. Une rétroversion préexistante, ou bien une dilatation périodique de la vessie, en repoussant l'utérus en arrière, favorisent la production d'une rétrodéviatiou. Les ligaments, de leur côté, participent au ramollissement gravidique; ils se relâchent et permettent ainsi la bascule de la matrice en arrière.

A ce point de vue, la multiparité est une cause prédisposante de tout premier ordre. Après l'accouchement, les tissus utérins restent ramollis, les ligaments relâchés, et il suffit l'influence d'une cause minime, comme la pression abdominale, pour produire une rétrodéviatiou. Il nous suffira de citer Charles, de Liège, qui trouve 66 multipares contre

13 primipares, sur un total de 79 cas de rétroflexion et Martin dont la statistique se rapporte à 121 femmes atteintes de rétrodéviations, n'a relevé que 22 primipares pour 27 multipares. Il est à remarquer du reste, que toutes les primipares de Martin étaient atteintes d'une rétroversion congénitale.

ÉTUDE CLINIQUE DE LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE, SES COMPLICATIONS ET SON PRONOSTIC.

L'utérus, en état de gestation et de rétroversion, peut subir différentes évolutions. C'est ainsi qu'il pourra se redresser spontanément, qu'il pourra être incarcéré, ou encore, verra-t-on la grossesse se terminer par un avortement. Tout en étudiant les conséquences possibles de la situation anormale de l'utérus, nous en indiquerons les causes, le mécanisme, les complications et enfin le pronostic.

Envisageons le cas le plus fréquent. En général, chez l'immense majorité des femmes enceintes, l'utérus rétroversé se redresse de lui-même. Cette heureuse issue était attribuée, par les théories anciennes, à une hypertrophie considérable des ligaments ronds durant la grossesse, hypertrophie qui favorisait le redressement spontané de la matrice. Chroback, quant à lui, admet que la vraie cause de ce retour à la normale, réside dans la contraction de la paroi antérieure de l'utérus. Voici, en peu de mots, quel serait le mécanisme de ce redressement, d'après cet auteur.

Quand l'utérus se contracte, le col appuyé sur la

face postérieure de la symphyse qui l'empêche de s'élever; par conséquent, c'est la paroi antérieure qui doit s'abaisser, afin de se rapprocher du col. Pour favoriser ce mouvement, le fond de l'utérus doit remonter et se dégager de la concavité sacrée. D'autres auteurs, parmi lesquels Charles (7), de Liège, fournissent une explication différente, qui est la suivante. L'organe s'accroît par sa paroi antérieure, envahit peu à peu le grand bassin; finalement la plus grande partie de l'utérus et du fœtus se trouve dans cette région et attire par son poids la partie de la matrice restée dans la concavité sacrée.

Nous croyons que la cause véritable du redressement spontané de l'utérus gravide consiste bien dans l'augmentation sacculaire de la paroi antérieure. Deux de nos observations (Obs. I et II), sont fort démonstratives à cet égard. En général, le premier temps du redressement de l'utérus par sacculatation se fait très lentement; puis, tout d'un coup, par un mouvement brusque, l'organe gagne la cavité abdominale. Le redressement est d'habitude achevé vers trois mois et demi.

Malheureusement, toutes les rétroversions ne comportent pas un aussi excellent pronostic, car souvent elles sont causes d'avortements. Cet accident frappe surtout les femmes ayant présenté un utérus rétroversé antérieurement à la grossesse. En effet, l'œuf greffé sur une caduque déjà malade, se nourrit mal; les vaisseaux fragiles se rompent, et la grossesse s'arrête dans son évolution. Dans son déplacement, l'utérus tiraille les ligaments et compriment les

vaisseaux; par suite, la circulation est entravée; il y a stase sanguine et congestion utérine; ces troubles circulatoires aboutissent à des hémorragies rétroplacentaires. Il est évident que toutes ces perturbations ont une influence néfaste sur l'évolution de l'œuf et qu'elles finissent par provoquer, du moins dans la plupart des cas, l'avortement. Cet accident survient, en général, entre la 8^e et la 9^e semaine.

Une troisième complication grave menace l'utérus rétroversé, c'est l'incarcération. Celle-ci peut présenter diverses terminaisons. C'est encore l'avortement qui survient, avec le plus de fréquence, généralement vers le quatrième mois. A cette époque, le volume de l'utérus est tel qu'il remplit en totalité la cavité du petit bassin; l'utérus est fortement comprimé, d'où expulsion de l'œuf. Mais l'avortement peut se produire à un âge moins avancé de grossesse: les troubles circulatoires sont toujours à incriminer. L'utérus, augmenté de volume, subit un étranglement de la part des ligaments utéro-sacrés, ce qui a pour résultat de comprimer les artères, d'où diminution de l'apport sanguin. Pour fixer les idées, signalons que Charles, de Liège (8), a constaté 47 avortements sur 138 cas d'incarcération. L'interruption de la grossesse, survenant dans de telles conditions, comporte un pronostic fâcheux. Sur les 47 avortements de Charles, 20 eurent une issue fatale. La mort du fœtus n'est pas toujours suivie de son expulsion immédiate, ainsi que le prouve les trois intéressantes observations de Chaleix et Lieux (6) et dont nous publions une Observation (XII), à la fin de notre

thèse. Il s'agit d'une rétention de l'œuf, mort datant de huit mois.

Une éventualité plus rare à envisager est la réduction partielle de l'utérus gravide. Le col se trouve en arrière de la symphyse; la partie postéro-inférieure de l'utérus reste enclavée au-dessous du promontoire, tandis que la plus grande partie de l'organe est perceptible au palper au-dessus du détroit supérieur.

La partie enclavée de l'utérus ne pouvant pas se développer librement en arrière, l'agrandissement de l'organe se fera surtout aux dépens de sa paroi antérieure. La rétroflexion partielle est attribuable, quelquefois, à des adhérences péritonéales. Dührssen (17) incrimine les tumeurs et malformations utérines : utérus bicorne, myomes, développement exagéré de la paroi postérieure à la suite d'une hystéropexie abdominale ou vaginale. D'autre part, Depaul (13) rapporte un exemple de rétroversion de l'utérus gravide de huit mois, qui est probablement due, ainsi qu'il le pense, à une sacculaton de la paroi postérieure.

L'explication de Küstner (31) est différente : « Déjà aux premiers temps de la grossesse, écrit cet auteur, l'utérus était rétrofléchi; alors, les ligaments sont intervenus pour redresser l'utérus; ils n'ont réussi qu'à moitié; le col est resté fixé dans la partie intérieure du bassin, tandis que la partie postérieure du segment inférieur est restée enclavée dans le petit bassin ».

Dans les cas les plus défavorables, il se produit l'enclavement de l'utérus dans le petit bassin, suivi

des complications fâcheuses qui en résultent. Nous allons successivement passer en revue les diverses causes qui peuvent jouer un rôle dans la production de cet accident.

La constitution osseuse du bassin peut avoir une certaine influence sur l'évolution de la rétroversion de l'utérus grávide.

En effet, le rétrécissement du diamètre antéro-postérieur, peut empêcher l'ascension du fond de l'utérus dans la cavité abdominale : l'utérus butera contre le promontoire qui est beaucoup plus saillant qu'à l'état normal. Les tumeurs peuvent subir le même sort.

Les avis sont partagés au sujet de l'influence favorisante des adhérences périmétriques, sur la production de l'enclavement utérin. Charles, de Liège (8) fit le premier constater, dans son étude sur la question qui nous préoccupe, la rareté d'observations invoquées en faveur de cette cause. Sur 135 cas publiés par cet auteur, on ne trouve que 3 dans lesquels les adhérences postérieures ont joué un rôle étiologique dans la production de la rétroversion de l'utérus grávide. Pinard et Varnier (49) n'ont pu recueillir que 6 observations, dont deux seulement sont probantes, prouvant l'influence des adhérences sur l'enclavement de l'utérus :

D'après ces auteurs, les adhérences périmétriques ne paraissent pas être une cause fréquente de la rétroversion de l'utérus grávide, ainsi que de son enclavement irréductible. Ils incriminent surtout les adhérences qui se produisent entre les organes voi-

sins (vessie, intestin, etc.), et qui finissent par constituer une sorte de couvercle, nullement influencé par le ramollissement que provoque la grossesse, aussi bien dans l'utérus que dans les organes qui sont en rapports intimes avec lui; cette barrière favorisera l'enclavement de l'utérus, en s'opposant à son ascension gravidique. Tarnier (63) fait remarquer que lorsque la grossesse surprend un utérus fixé en rétroversion, les adhérences tardent à se ramollir et à se résorber afin de laisser l'utérus reprendre la direction normale.

Duhrssen (17), au contraire, admet l'hypothèse inverse, surtout pour l'explication du redressement partiel. D'après lui, les adhérences périmétriques de la paroi postérieure empêchent l'utérus de remonter, et au fur et à mesure que l'œuf grossit, il contribue encore à augmenter ces adhérences, en appuyant sur la paroi postérieure. En outre, d'après Duhrssen, il se produit une rétraction du péritoine dans l'angle de flexion de l'utérus. Cette rétraction agit de la même façon que les adhérences, c'est-à-dire en rapprochant du col, la paroi postérieure du corps de l'utérus.

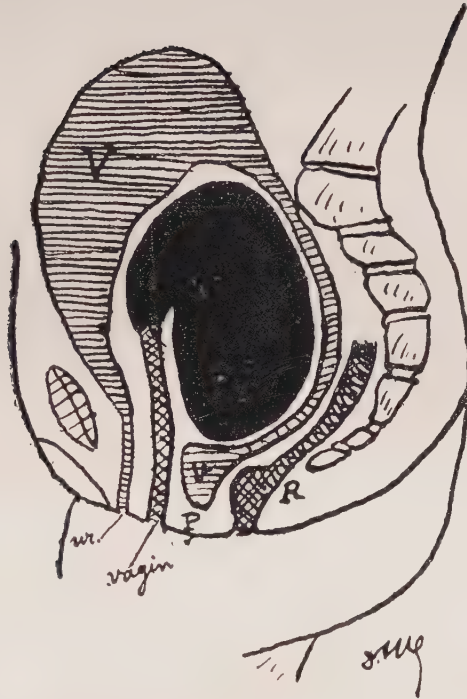
Assez fréquemment, on accuse la rétention d'urine d'être cause de la rétroflexion et de l'enclavement de l'utérus gravide. Dans ces cas, il suffit de sonder la femme pour voir se produire aussitôt le redressement spontané de l'organe. Les deux Observations de Lathuras-Viollet (Obs. VII) et de Martin (Obs. VIII), que nous résumons à la fin de notre thèse, en sont deux exemples typiques. Dans les

deux cas, il s'agissait d'un déplacement de l'utérus en arrière. Dans l'un, il y avait une rétroversion, dans l'autre, une rétroflexion accompagnées d'un prolongement de la vessie descendu dans l'espace recto-vaginale. Dans l'un comme dans l'autre cas, la vessie était divisée, par un étranglement, en deux compartiments. La vessie étant adhérente au col est attirée dans le grand bassin; la vessie distendue et adhérente à l'utérus, contourne le fond de ce dernier afin de trouver de la place et finit par saillir contre le bas de la paroi postérieure du vagin. Il a suffi de pratiquer le cathétérisme pour amener le redressement spontané (fig. 1).

Parmi les multiples facteurs étiologiques qui interviendraient dans la production de l'enclavement utérin, signalons encore la laxité trop grande des ligaments ronds, devenus incapables de retenir l'utérus en avant.

Dans le cas d'enclavement, on doit s'attendre surtout à une interruption de la grossesse. L'avortement s'annonce d'habitude par des pertes rouges et des contractions utérines et la femme expulse l'œuf dans un temps assez court. Si l'avortement ne se produit pas, l'utérus incarcéré augmentant de volume, comprime tous les organes contenus dans le petit bassin, et notamment le rectum et la vessie. La compression de ces deux viscères est sans contredit la plus importante, surtout celle de la vessie qui domine la scène. « Dans la rétroflexion de l'utérus gravide, celui-ci n'est rien; la vessie est tout » (Pinard et Varnier) (49).

PLANCHE I.



*Cliché de la " Normandie médicale " 1896
par MM. Martin et Brée*

Fig. I.

Schéma d'un utérus gravide en rétroflexion avec vessie
distendue et prolongement
vésical rétro-utérin.

V : vessie ; U : uterus rétrofléchi ; v : prolongement rétro-utérin.

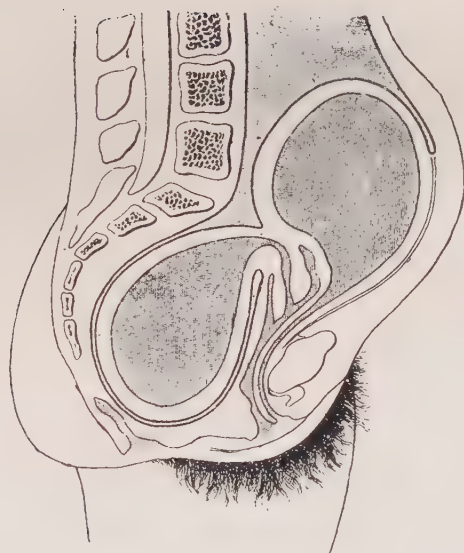
Les troubles intestinaux se manifestent avant tout, par une constipation opiniâtre, symptôme excellent de la rétroversion utérine. Cette constipation s'installe lentement, cédant difficilement aux lavements, et finit par aboutir à l'arrêt complet des matières, par l'occlusion du rectum par la tumeur utérine. Celle-ci fait saillie dans le rectum ; l'orifice anal est entr'ouvert et entouré des bourrelets hémorroïdaires ; une rectocèle ne tarde pas à se produire. En général, les troubles se limitent à ces symptômes, mais quelquefois, rarement il est vrai, le tableau devient bien plus dramatique. On voit éclater tous les phénomènes péritonéaux dus à une occlusion intestinale, avec les conséquences graves qui en résultent. C'est ainsi que Treub (66) rapporte l'observation d'une femme ayant eu un utérus rétrofléchi incarcerated et ayant présenté des symptômes de péritonite. Cette malade souffrit pendant cinq jours d'une constipation opiniâtre, puis elle eût des vomissements ayant duré 36 heures. On vida la vessie par cathéterisme et on procéda à la réduction de l'utérus, ce qui n'empêcha pas la malade de mourir deux heures après. A l'autopsie, on constata de la gangrène du colon fortement comprimé par l'utérus gravide, gangrène qui aboutit à la péritonite. Gettschalk (22) a également publié un cas d'iléus terminé par la mort. Par contre Dieust (15) rapporte l'observation d'une malade ayant guéri d'une occlusion intestinale. En somme, cette grave complication est heureusement très rare, et Treub, sur 51 cas de mort dûs à la rétroflexion de l'utérus gravide ne signale, qu'un cas attribuable à la gangrène intestinale.

Plusieurs causes ont été invoquées pour expliquer la rétention de l'urine. Pour Olshausen, cette rétention serait due à une coudure de l'urèthre. Pinard et Varnier (49) signalent l'œdème du col utérin comme une des causes de la cystite gangréneuse. D'après Ch. Reed (55) c'est, dans la paralysie vésicale qu'il faut chercher l'explication de la rétention de l'urine. Cette paralysie résulterait de la compression des nerfs sacrés par le corps utérin déplacé. Certains auteurs font jouer un grand rôle à la compression directe que fait subir le col utérin, à l'urèthre et au col vésical, tandis que beaucoup d'autres et non des moindres, s'inscrivent en faux contre cette explication. C'est ainsi que Treub (3) déclare que vers le quatrième ou le cinquième mois de la grossesse, — époque où l'incarcération se manifeste d'habitude —, le col de l'utérus n'est nullement en contact avec le pubis (fig. 2). De même, la figure de Schwytzer (3) montre clairement qu'il ne peut pas être question de la compression directe de l'urèthre entre la symphyse pubienne et le col utérin ; ce dernier se trouve bien au-dessus de la symphyse, qu'il peut dépasser de sept centimètres, comme dans un cas de Trillat (67).

D'après Pollosson (67), c'est le col utérin qui, attiré en haut, vient refouler en avant, la paroi vésicale postérieure, et saillir à travers dans l'infundibulum.

L'explication donnée par Treub (3), nous paraît être la meilleure. La paroi antérieure du segment inférieur en se dilatant, attire en haut le col utérin ; comme ce dernier est relié par des solides attaches à

PLANCHE II.



Extrait du *Traité de l'art de l'accouchement*

Fig. II.

La retroversion de l'utérus gravide (Treub)

Le Traité de l'art de l'accouchement, par MM. Paul
Bar, Brindeau et Chambrelent.

la vessie, la paroi postérieure du bas-fond et celle de l'urèthre sont tiraillées et entraînées, tandis que la paroi antérieure ne bouge presque pas, fixée qu'elle est au pubis. Il se produit une sorte de glissement de la face postérieure sur la face antérieure, ce qui amène un aplatissement de l'urèthre, d'où troubles de la miction. L'explication de Treub n'est qu'à moitié admise par Kustner (31), car cet auteur croit qu'il y a en même temps compression de l'urèthre entre la symphyse et le col utérin. Par contre, M. le professeur Bar, se montre partisan de la théorie de Treub dans une de ses leçons cliniques (1910).

La quantité de l'uriné retenue dans la vessie peut être énorme, et cet organe peut acquérir des dimensions considérables. Dans un cas de Kustner (31), la vessie contenait non moins de 10 litres d'urine! Comme la distension se fait graduellement, les fibres musculaires ont le temps de lutter contre elle, en s'hypertrophiant; donc, au début de la rétention, on ne constate pas un amincissement des parois vésicales. Mais, à un moment donné, la fibre musculaire se laisse vaincre par la pression croissante de l'urine accumulée; elle se paralyse. Aussi, la dilatation de la vessie que rien n'arrête plus, devient énorme. Dans quelques cas même, heureusement rares, l'ouraque peut s'ouvrir sous la poussée de l'urine et une fistule se produire à l'ombilic. A ce point de vue, l'observation publiée par Unterberger (68) et que nous reproduisons plus loin (Observation IX) est très intéressante.

Par suite de la distention énorme de la vessie, la

circluation dans ses parois subit des profondes perturbations; la rétention prolongée de l'urine, sa stagnation favorise la pullulation microbienne, d'où production des phénomènes graves, allant même jusqu'à la cystite gangréneuse. Au début, en général, on a affaire à une cystite simple, caractérisée par une urine muco-purulente et contenant des débris épithéliaux. Assez souvent, l'urine devient hémorragique. Enfin, elle peut être fétide, sanieuse et présenter des lambeaux membraneux; c'est alors la cystite gangréneuse qui s'installe. La muqueuse vésicale se désagrège, l'urine s'infiltre dans les couches musculaires. Dans quelques cas extrêmes, signalés par Pinard et Varnier (49), on observe une gangrène diffuse, intéressant toute l'étendue et toute l'épaisseur de la paroi vésicale. D'après Dürhssen (17), la gangrène vésicale pourrait être due à l'infection collibacillaire, ce qui s'explique par les adhérences qui unissent souvent la vessie à l'intestin. Les bacilles traversent facilement la cloison vésico-intestinale, d'autant plus qu'elle est lésée. Comme nous l'avons déjà dit, sous l'action du processus gangréneux, la muqueuse se désagrège et s'élimine peu à peu; néanmoins, on a vu survenir des guérisons après l'élimination des lambeaux sphacelés (1). Mais le plus souvent, la cystite gangréneuse a une issue fatale. La mort est due soit à la septicémie, soit à la pyohémie; ou encore aux abcès rénaux ou à la péritonite. Ce dernier accident est dû, tantôt à la rupture de la vessie, — fait assez rare —, tantôt à la propagation de l'infection au péritoine. Pinard et Varnier (49) citent 9 cas de

mort par cystite gangréneuse. Sur 67 cas mortels de rétroversion de l'utérus gravide, Gottschalk a trouvé :

16	morts dues à l'urémie et à l'épuisement.
4	— — à la septicémie vésicale.
3	— — à la gangrène vésicale,
3	— — à la rupture de la vessie.
12	— — à la péritonite d'origine vésicale.
3	— — à la pyohémie.
2	— — à la rupture.
1	— — à la gangrène de l'intestin.
3	— — à l'ileus.
4	— — aux causes inconnues.

En somme, dans l'immense majorité des cas, la mort est survenue par suite des complications vésicales.

L'incarcération de l'utérus gravide rétroversé peut être la source d'autres complications.

La compression qu'exerce l'utérus sur les organes du petit bassin peut amener l'œdème de la vulve et des membres inférieurs. L'une des Observations que nous plaçons à la fin de notre étude (Observation VII), en est un exemple.

La poussée de la tumeur utérine peut être telle qu'elle aboutit à la rupture de la cloison recto-vaginale, et même sous l'action des efforts expulsifs de la femme, la matrice peut venir faire saillie à l'extérieur. C'est ainsi que dans le cas malheureux, observé par Mayor, de Lausanne, la femme en poussant, expulsa l'utérus à travers la paroi postérieure du

vagin et ne tarda pas à mourir. Dans le cas signalé par Guichard (23), le fœtus fut expulsé par le rectum. Quand l'utérus gravide et rétroversé, est fixé par les adhérences, on peut (Observation VIII) observer, comme dans le cas que nous reproduisons de Possanner (53), un allongement hypertrophique du col de l'utérus, venant saillir à la vulve.

D'après ce qui précède, il est évident que le pronostic de la rétroversion de l'utérus gravide est aussi variable que sont les accidents qui viennent la compliquer. En général, il est assez bénin. Dans l'immense majorité des cas, l'utérus se redresse, soit spontanément, soit après quelques petites manœuvres manuelles. Mais, quelquefois, le pronostic s'assombrit, notamment quand le déplacement de l'organe est ancien, quand il est adhérent, ou enclavé, car, alors, de graves accidents peuvent se déclarer. La rétention prolongée de l'urine est une menace sérieuse pour la malade. Le pronostic est presque fatal, lorsque le cathéterisme donne une urine trouble purulente et surtout fétide.

Les statistiques de Gottschalk et de Treub sont éloquentes à cet égard. Dans les rares cas où la femme échappe à la mort, elle reste condamnée à une infirmité gênante. La vessie se rétracte fortement, sa capacité diminue, et la quantité d'urine qu'elle peut contenir est telle, que la femme est obligée d'uriner constamment.

L'avortement est une conséquence fréquente de la rétroversion de l'utérus gravide et comporte un pronostic d'autant plus grave que l'infection est plus

avancée. Sur 47 cas d'utérus gravide rétrofléchi, terminés par un avortement, Charles signale, 20 ayant eu une issue fatale.

Charles, de Liège (8), note 11 avortements, ayant suivi la réduction sur un total de 88 cas d'utérus gravides rétrofléchis et redressés par une intervention

DIAGNOSTIC.

Ce chapitre de notre étude est des plus importants, car ce qui intéresse surtout le praticien, c'est la possibilité de dépister à temps une rétroversion, afin d'y porter remède et de prévenir les redoutables complications qui guettent la femme enceinte atteinte de cette affection. Le diagnostic n'est pas toujours aisé à faire. Très souvent les symptômes se réduisent à quelques douleurs sourdes dans le bas-ventre, à des tiraillements que les malades localisent aux aînes et aux lombes; à une sensation de gêne, de pesanteur dans le petit bassin, accusée surtout vers l'anus et augmentant dans la station debout; à une pression vague, plus ou moins douloureuse, derrière la symphyse pubienne. Quelquefois, à ces manifestations en somme bénignes, viennent s'ajouter quelques troubles urinaires, des mictions fréquentes, peu abondantes et douloureuses, et du côté de l'intestin, une constipation, assez souvent rebelle aux lavements. Outre ces signes fonctionnels, on peut constater les signes physiques suivants. Le col est dirigé en avant, fréquemment collé derrière la symphyse, dans certains cas, il la déborde et est inaccessible au doigt; le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur lisse, régulière, de force globuleuse,

souvent douloureuse au toucher et qui se continue avec le col. A la palpation, on constate l'absence de l'utérus dans la cavité abdominale. Tous ces signes réunis, quelque frustes qu'ils soient, ne laissent pas place au doute, surtout si on constate en même temps les signes habituels de la grossesse : suppression des règles, vomissements, pigmentation des seins, etc. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Les troubles énumérés, tantôt peuvent s'atténuer par suite du redressement spontané ou artificiel de l'organe, tantôt peuvent s'exagérer. Dans ce dernier cas, il n'est pas rare de se trouver, par exemple, en présence d'une malade, ayant présenté, un certain temps, des troubles urinaires et qui, tout d'un coup, subit une rétention plus ou moins complète de l'urine. Malgré ses efforts, c'est à peine si elle arrive à expulser quelques gouttes d'urine, au prix de fortes douleurs. A l'examen d'une telle malade, il est possible de délimiter par le palper, dans l'abdomen, une tumeur fluctuante, ovoïde, régulière, remontant jusqu'à l'ombilic et même plus haut ; souvent la pression exercée sur cette tumeur, augmente sensiblement la douleur. Au toucher, on trouve dans l'immense majorité des cas, le col utérin appliqué contre la face postérieure du pubis. La concavité sacrée est remplie par une tumeur, élastique et molle, donnant la même sensation qu'un utérus gravide. Il n'est pas rare de constater un sillon très net entre le col et le corps utérin. En même temps que les symptômes urinaires, on constate souvent une constipation opiniâtre pouvant aller jusqu'à l'occlusion, comme dans

une des observations rapportées par Dieust (15). L'état général est grave, la température élevée, l'agitation, les douleurs abdominales extrêmes.

Il faut bien se garder de confondre la vessie distendue avec un utérus gravide à terme, surtout que, d'après Tarnier (63), la vessie peut durcir aussi sous la main.

Le toucher et le palper combinés permettent de se rendre compte que la tumeur pelvienne et la tumeur abdominales sont indépendantes. Tarnier et Budin conseillent de pratiquer cette exploration de la façon suivante : pendant qu'un aide tient sa main placée à plat sur la tumeur abdominale, on exerce, du côté opposé, une pression brusque. La main de l'aide sent bien le choc, mais non le doigt de l'accoucheur qui pratique, en même temps, le toucher. On peut en conclure que les deux tumeurs sont indépendantes.

Une vessie distendue fut, quelquefois, prise pour un kyste de l'ovaire et cela d'autant plus facilement que ce dernier peut coexister avec une rétroversion de l'utérus. Les observations (IX), que nous plaçons à la fin de notre thèse prouvent la possibilité de telles erreurs.

Dans les cas difficiles, c'est le cathétérisme qui tranche, en général, la question. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; comme le fait remarquer Dührssen (17), même après le cathétérisme, le diagnostic peut demeurer en suspens. Il s'agit des cas dans lesquels comme fait remarquer Dührssen, il se produit un allongement du col par torsion de l'utérus rétrofléchi.

On se trouve alors en présence de deux masses, une qu'on perçoit en avant et qui est le col allongé, l'autre qu'on sent en arrière, dans la concavité sacrée et qui est le corps de l'utérus. Cette disposition de la matrice, peut induire en erreur et faire croire à tort à une grossesse extra-utérine. En présence d'un cas aussi embarrassant, il faut s'attacher surtout à bien déterminer la position du col : dans la grossesse extra-utérine, on le trouvera dévié à droite ou à gauche et facilement accessible.

Il faut éviter de confondre un utérus rétroversé gravide, avec un fibrome de la paroi postérieure, d'autant plus que pendant la grossesse, le fibrome se ramollissant, peut donner la même sensation au toucher, que l'utérus gravide. L'absence des signes subjectifs de la grossesse, la présence des pertes sanguines, la situation du col, aideront au diagnostic.

Beaucoup de praticiens se sont laissés induire en erreur, en confondant une rétroflexion de l'utérus gravide avec une hématocele rétro-utérine. Dans le cas de Asterblum (2), il s'agit d'une femme, ayant présenté des phénomènes de rétention de l'urine et une constipation opiniâtre. Au toucher, on trouva dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur fluctuante immobile, du volume d'une tête d'enfant d'un an, et on fit le diagnostic d'une hématocele qu'on décida d'opérer.

La tumeur fut ouverte par la voie vaginale; le doigt introduit dans la plaie chirurgicale, reconnut la cavité utérine, contenant un fœtus d'environ 4 mois.

Malgré les erreurs possibles, on reconnaîtra l'hématocèle rétro-utérine, quand on se trouvera en présence d'une tumeur pâteuse et non élastique, remplissant le cul-de-sac de Douglas, l'utérus étant rapporté en avant.

Nous avons vu qu'il était possible de prendre un utérus gravide rétroversé pour une grossesse extra-utérine. Comme exemple, citons l'Observation de Thomson (65). Après avoir porté le diagnostic d'une grossesse extra-utérine, on pratiqua la laparotomie et on se trouva en présence d'un utérus gravide, dont la face antérieure, fortement dilatée pointait en haut, tandis que le fond était profondément incarcéré dans le cul-de-sac de Douglas. Il s'agissait d'une rétroversion partielle, incarcérée. Enfin, il est arrivé de confondre une rétroversion partielle enclavée, avec une simple dilatation de la partie postéro-inférieure du segment inférieur. Mais dans le cas de cette disposition, qu'on est convenu d'appeler l'obliquité postérieure, tandis que le segment inférieur s'enfonce dans le petit bassin, le col est rapporté en avant, au-dessus de la symphyse pubienne. D'après Velpeau, il s'agit d'un phénomène normal de la grossesse, et non d'un utérus en rétroflexion.

TRAITEMENT

Il est impossible de préconiser un seul traitement à l'exclusion de tous les autres, dans la rétroversion de l'utérus gravide. Chaque méthode est en rapport non seulement avec le degré de la rétroversion qui se présente, mais elle doit aussi tenir compte de sa présence ou de l'absence des accidents dus au déplacement en arrière de l'organe.

La première chose à faire quand on se trouve en présence d'un utérus gravide, enclavé ou non, accompagné des troubles urinaires, c'est l'évacuation de la vessie, la femme étant mise au repos. Souvent, le cathétérisme seul suffira à amener le redressement spontané de l'utérus, et cela, même dans les cas alarmants par leurs complications urinaires ou intestinales.

Ainsi dans l'Observation rapportée par Alfred (1), il s'agissait d'un utérus gravide, dont la rétroversion était compliquée d'une cystite gangréneuse. A la suite de plusieurs cathétérismes, pratiqués régulièrement, on a vu les phénomènes de cystite s'amender et l'utérus remonter dans la cavité abdominal. La femme accoucha à terme.

Mais on peut échouer dans les tentatives de cathétérisme. Dans ces cas, Tarnier (63) conseille d'avoir

recours à une douce pression exercée sur l'abdomen, afin de faire uriner la malade par regorgement. Il est entendu que cette manœuvre doit être faite avec une grande douceur et uniquement dans des cas où la vessie n'est pas encore touchée.

Quelquefois, la simple rétropulsion du col de l'utérus, permet aux malades d'uriner.

Il faut à tout prix vider la vessie, afin de prévenir la gangrène et ses conséquences, ou bien d'atténuer les accidents quand on se trouve déjà en présence d'une vessie lésée. Si le cathétérisme et autres moyens échouent, Duhrssen (17) conseille de faire la ponction de la vessie, soit au-dessus de la symphyse pubienne, soit par le vagin.

Quand on a affaire à un utérus rétroversé, non enclavé encore, mais qui ne se réduit pas spontanément, il faut intervenir pour effectuer la réduction, surtout si l'âge de la grossesse approche de 4 mois, car il faut craindre alors des complications, par suite de la compression des organes du petit bassin. La réduction du déplacement en arrière de l'utérus gravide, s'obtient par divers procédés. Le procédé le plus habituellement employé et dont on se sert de préférence à la clinique Tarnier est la réduction bi-manuelle. Après avoir placé la femme dans le décubitus dorsal, on introduit deux doigts dans le cul-de-sac postérieur et on essaie de repousser la tumeur en avant, en même temps que de l'autre main, on tente d'accrocher le fond de l'utérus, à travers la paroi abdominale, qu'on déprime suffisamment. Souvent la saillie du promontoire, met obstacle à l'ascension

de l'utérus; il faut alors incliner ce dernier sur le côté, à gauche ou à droite, pour lui faire franchir le détroit supérieur. Dans certains cas, on éprouve de grandes difficultés à repousser le fond de l'utérus; dans ces cas, il faut essayer de repousser en arrière le col, en appuyant sur sa face antérieure, ou bien encore l'attirer à l'aide d'une pince, manœuvre qui a pleinement réussi chez une malade de la clinique Tarnier, et dont nous rapportons l'observation plus loin (Obs. VI).

On a préconisé également la mise en position génu-pectorale de la femme, pour pratiquer la réduction, soit par le vagin, soit par le rectum.

Quand il existe un enclavement de l'utérus rétroversé, sans lésions vésicales, le redressement bi-manuelle est encore à tenter. Si l'on échoue, on peut recourir au chloroforme, qui rend souvent de grands services.

En cas d'échec des manœuvres manuelles, Muller (43) conseille d'introduire un ballon élastique de Braun dans le vagin, après avoir vidé la vessie. Dans une observation rapportée par lui et que nous reproduisons (Observation XI), il s'agit d'un utérus rétroversé, incarcéré partiellement; cinq heures après l'introduction du ballon, on constata le redressement de l'utérus. Funke (19) préconise un autre procédé. Son appareil comprend deux Kolpenurynter (en forme de sacs) de volumes différents et communiquant entre eux, par un court tube en verre. Les deux Kolpenurynter sont séparés par une distance de 30 centimètres. L'application de l'appareil

se fait de la manière suivante : la malade est placée au lit, dans une position assez élevée ; on introduit d'abord le petit Kolpenurynter vide d'air, ensuite le grand, contenant du mercure. Ce dernier est soulevé, et par une légère pression, on fait passer le mercure dans l'autre Kolpenurynter. On retire aussitôt l'instrument. Pour ce faire, on fait asseoir la malade sur les oreillers, tandis qu'on place le Kolpenurynter vide sur le plan du lit : le mercure le remplit peu à peu.

Une fois la réduction obtenue, quel que soit le procédé employé, il faut la maintenir au moyen d'un pessaire. Ce petit appareil est indispensable surtout dans une grossesse peu avancée, de deux ou trois mois, car l'utérus pourrait reprendre sa position en arrière. Le pessaire peut rester, sans inconvénients jusqu'à la fin du quatrième mois de la grossesse. Les modèles de pessaires employés pour maintenir l'utérus, sont en nombre considérable. Le pessaire annulaire de Dumontpallier, n° 5-7, est très commode et couramment employé dans beaucoup de maternités. M. le professeur Bar préfère le pessaire de Sims, car, fait en étain fin, ayant une assez faible épaisseur, de 7 à 8 millimètres, on peut facilement lui donner la forme qu'on veut, le plier, par exemple en 8 de chiffre, ou le façonner sur le modèle d'un traîneau. Mais il peut arriver, que malgré toutes les manœuvres la réduction de l'utérus enclavé dans le petit bassin et fixé par les adhérences à la paroi postérieure du pelvis est impossible à obtenir.

Dans les cas non compliqués des lésions vésicales,

on peut essayer la laparotomie, et Martin a publié une observation (42) dans laquelle il rapporte un cas de la rétroflexion de l'utérus gravide avec de légers troubles vésicaux.

La laparotomie fut faite, et les manœuvres de réduction très énergiques pratiquées, sans qu'il y eût menace de fausse couche.

Jacob a publié (28) une observation analogue.

Küstner (31) est même partisan de la laparotomie dans le cas de la gangrène de la vessie. D'après lui, avec beaucoup de précaution, on peut arriver à déchirer les adhérences et garder la vessie intacte. Nous croyons que chez une femme en proie à l'infection, c'est vraiment courir un grand risque que d'ouvrir le péritoine : on peut provoquer une péritonite mortelle.

Enfin, envisageons les cas les plus graves, où il existe une rétroversion enclavée, aggravée des lésions gangréneuses de la vessie. En présence d'une telle malade, très rarement, on essaiera le redressement de l'utérus, car les manœuvres effectuées dans ce but peuvent aboutir à des lésions notables et même à la rupture de la vessie. Ce qui préoccupera surtout le praticien, c'est l'état de la vessie. Küstner (31) conseille de ne pas la vider en une fois, afin d'éviter une hémorragie par décompression brusque. Après le cathétérisme, il conseille l'application des compresses froides, de la glace et l'administration d'adrénaline. Pinard et Varnier (49) préconisent la taille vaginale qui facilite l'exploration de la vessie, son drainage, l'éloignement des lambeaux de mu-

queueuse détachée, son lavage et sa mise en repos, condition très importante pour prévenir la rupture de la vessie dont les parois malades sont d'une fragilité extrême. Ce n'est que bien plus tard qu'on pourra essayer la réduction de l'utérus gravide enclavé. Küstner (31) recommande pourtant dans la rétroversion compliquée d'enclavement et même des lésions vésicales, de procéder à la réduction partielle de l'organe et d'introduire ensuite dans le vagin, des tampons de gaze iodoformée. Dans des cas analogues, présentant en outre des phénomènes infectieux avec fièvre, Dührssen (17) provoque l'avortement, en fonctionnant l'œuf par le cul-de-sac postérieur.

S'il s'agit d'une grossesse déjà avancée, on peut pratiquer la césarienne vaginale de Dührssen.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Docteur Demelin et due à l'obligeance de M. le Docteur Brindeau).

La femme D. âgée de 25 ans, II pare, vient à la consultation le 30 avril 1910.

1^e Grossesse se termina à terme, l'enfant se présentant par le siège.

2^e Grossesse actuelle.

Les dernières règles datent du 24 février 1910. Elle fut soignée, il y a six mois, pour une endométrite avec rétroversion. Le bassin est normal; rien de particulier à signaler du côté des autres organes.

Le palper abdominal reste négatif, c'est-à-dire qu'on ne trouve pas le fond de l'utérus au-dessus de la symphyse. Au toucher, on sent le col, qui est mou, derrière la symphyse; le corps semi-mou est en rétroversion et le fond dirigé vers la concavité sacrée. Pas de symptômes vésicaux. On porte le diagnostic de la rétroversion de l'utérus gravide de 2 mois.

La malade revient le 14 mai; elle est examinée par M. le Docteur Brindeau qui trouve que l'utérus s'est désenclavé un peu.

Au toucher, on sent un angle de flexion à l'union du col et du corps de l'utérus qui se développe aux dépens de sa paroi antérieure. Le 27 mai, le fond de l'utérus remonte un peu.

OBSERVATION II (Personnelle).

Il s'agit d'une femme M..., III pare, âgée de 28 ans. Elle est réglée depuis l'âge de 13 ans, toujours régulièrement.

Les règles non douloureuse durent de 4 à 5 jours.

Rien de particulier à signaler au sujet des antécédents personnels.

La 1^e grossesse fut normale : accouchement à terme d'un enfant se présentant par le siège.

2^e Grossesse actuelle, dernières règles datent du 6 janvier.

Vient à la consultation le 13 mars. A l'examen, on trouve : femme de taille moyenne ; du côté du bassin, on constate que les épines sciatiques sont un peu saillantes ; il est rétréci dans le sens transversal et donne l'impression d'un bassin en entonnoir. La malade a un peu de lordose lombaire.

Le palper abdominal est négatif. On ne sent pas le fond de l'utérus au-dessus de la symphyse.

Au toucher, on arrive, en avant, derrière la symphyse, sur un col mou, qui est en rétroversion ; dans le cul-de-sac de Douglas, on sent une masse molle qui suit les mouvements du col et fait avec lui une coudure tournée en arrière. L'ovaire gauche est basculé en arrière. Pas de constipation, pas de troubles vésicaux. Il s'agit d'une rétroversion de l'utérus grave de deux mois à peine.

La femme revient le 12 mai.

Elle va bien, elle n'a pas de douleurs dans le bas ventre, ni de sensation de pesanteur ; pas de troubles vésicaux.

Au palper, nous sentons une masse qui dépasse la symphyse pubienne de 4 travers de doigt.

Au toucher, nous constatons que le col est toujours en avant ; en arrière, nous tombons sur une masse qui remonte et tend à se désanclaver.

La partie de l'utérus située dans le cul-de-sac postérieur suit les mouvements de la partie abdominale.

Il s'agit d'une rétroversion de l'utérus gravide qui est en train de se redresser par la sacculation de la paroi antérieure.

Nous avons eu l'occasion de revoir la femme le 9 juin. L'utérus est tout à fait remonté dans la cavité abdominale ; le cul-de-sac postérieur est libre ; le col se trouve au milieu.

La femme va bien et la grossesse évolue normalement.

OBSERVATION III (Personnelle).

La femme B., II^e pare, rentre à la clinique Tarnier le 3 mai 1910 parce qu'elle souffre du ventre et se croit enceinte. La 1^e grossesse se termina à terme. Depuis le premier accouchement, la femme éprouve des douleurs dans le bas-ventre qui sont augmentées à l'occasion des mouvements. Elle a des troubles urinaires, mictions fréquentes, douloureuses et peu abondantes.

2^e grossesse. Les dernières règles datent du 23 janvier 1910. Depuis son dernier accouchement, les règles sont douloureuses, abondantes.

A l'examen, nous trouvons au toucher : le col utérin est rapporté en avant, derrière la symphyse pubienne ; dans le cul-de-sac postérieur, nous constatons le fond de l'utérus augmenté de volume, mou, élastique et douloureux.

On conclue à une rétroversion de l'utérus gravide de deux mois et demi environ. La réduction sur la femme non-endormie est impossible.

La réduction est faite sous le chloroforme et on met un pessaire de Dumontpallier.

OBSERVATION IV (Personnelle).

La femme R..., II^e pare, rentre à la clinique Tarnier, parce qu'elle se croit enceinte et présente des pertes rouges.

D'habitude bien réglée.

1^e grossesse : Accouchement prématuré, à sept mois et demi.

2^e grossesse : Les dernières règles datent du 24 novembre 1909.

Le 31 décembre, le soir, la femme a perdu du sang en grande abondance. Depuis ce temps, les pertes apparaissent tous les jours.

Examen. — Au toucher, nous trouvons un utérus rétroversé qu'il est impossible à faire remonter au-dessus de la margelle du détroit supérieur. Le col est reporté en avant. La rétroversion de l'utérus gravide de deux mois. Menace de fausse couche.

M. le Professeur Bar examine la femme et ne peut pas réduire l'utérus. La malade anesthésiée et placée en position de Trendelenburg; on essaie la réduction bi-manuelle. Comme on n'arrive pas à réduire, on place une pince sur la lèvre antérieure du col, qu'on abaisse. La réduction est obtenue. L'utérus est maintenu en place par un pessaire.

6 mars. — L'utérus est desanclavé, mais il conserve une flexion en arrière.

13 mars. — La malade part chez elle.

Revient à la consultation le 5 avril; nous constatons dans le cul-de-sac postérieur une masse qui est enclavée et n'est pas mobilisable. La femme ne perd pas de sang. Nous avons eu l'occasion de revoir la femme le 28 mai. La femme nous raconte qu'il y a quelques semaines qu'elle a eu des fortes

perles rouges en caillots et sang liquide; il y a 7 jours que la femme a revu ses règles qui duraient 2-3 jours et elles ont débuté exactement à la même date qu'elles étaient avant le début de la grossesse.

A l'examen, nous constatons le col utérin entr'ouvert rapporté en avant et dans le cul-de-sac de Douglas une masse qui ressemble à un volume d'un utérus gravide de 3 mois au plus. La femme ne sent pas remuer l'enfant; pas de bruits du cœur. Elle est enceinte de cinq mois et demi, d'après la date de la suppression des règles. Il s'agit probablement d'un fœtus mort et retenu dans l'utérus, ou bien d'un utérus en train de se vider. La femme est partie et n'est pas revenue au jour convenu.

OBSERVATION V (Personnelle).

Il s'agit d'une femme B... III^e pare; elle rentre à la clinique Tarnier, le 18 avril. La 1^{re} grossesse terminée par un accouchement à terme en 1906; six mois après le premier accouchement, la malade ressent des douleurs dans le bas-ventre avec une sensation de pesanteur dans le petit bassin. La malade rentre à la Charité où elle est soignée 17 jours; on fait le diagnostic d'une rétroversion de l'utérus. Elle est améliorée par le repos.

En avril 1908, la femme redevient enceinte et accouche en décembre 1908.

La 3^e grossesse. Les dernières règles datent du 10 janvier 1910. Elles éprouvent des douleurs sourdes, des tiraillements dans les aines et une pesanteur dans le bas-ventre. Pas de troubles urinaires et de la défécation. A l'examen : la vessie étant évacuée, nous trouvons : le palper abdominal négatif; au toucher, nous sentons un col dur dont l'orifice est dirigé

en avant, collé derrière la symphyse pubienne; dans le cul-de-sac postérieur, nous constatons une tumeur lisse, élastique qui est le fond de l'utérus augmenté. On a affaire à une rétroversion de l'utérus gravide de 2 mois. La réduction bi-manuelle est obtenue sous le chloroforme et on place un pessaire.

OBSERVATION VI (Inédite).

La femme M... vient à la clinique le 5 janvier 1910, parce qu'elle souffre du ventre.

(Rien dans ses antécédents personnels en dehors de l'appareil génital). Régulée à l'âge de 17 ans. Toujours bien réglée depuis. Les règles durent de sept à huit jours, s'accompagnant de petites coliques qui obligent souvent la malade à s'aliter pendant les deux premiers jours. Elle perd abondamment. Il y a cinq ou six mois, elle a commencé à souffrir du ventre. Il s'agit des douleurs vagues, sans caractère précis, coliques siégeant au niveau de la ceinture. Jamais de sensation de pesantueur dans le petit bassin. En même temps constipation opiniâtre nécessitant des laxatifs et des purgatifs fréquents. Pas de troubles vésicaux.

Il y a trois mois, elle consulte un médecin qui lui trouve un déplacement de la matrice et lui met un gros tampon de ouate dans le vagin que la malade garde 24 heures et qu'elle fait enlever au bout de ce temps. Ce traitement a été répété à trois reprises.

Enfin, il y a trois semaines, son médecin lui dit qu'elle était enceinte; c'est alors qu'elle vient à la consultation de la clinique Tarnier où on lui trouve une rétroversion de l'utérus gravide.

Examen. Femme de taille moyenne, rien de pathologique dans ses antécédents. Appareil génital : par le palper on ne perçoit rien. Au toucher et palper combinés on sent le col,

assez élevé, immédiatement derrière la symphyse pubienne. L'utérus gros, comme une grossesse de deux mois est en rétroversion dans la concavité sacrée. La rétroversion ne semble pas adhérente; elle peut être mobilisée, mais n'est pas réductible complètement. Les annexes sont saines. La réduction spontanée se fait le 10 janvier.

La femme revient au mois de mars à la consultation. La grossesse continue; elle est enceinte de 4 mois. Au toucher nous trouvons l'utérus en anteflexion normale.

OBSERVATION VII (Résumée).

Lathurás-Violet. — Variété de rétention dans la rétroversion de l'utérus gravide pour renversement de la vessie dans le cul-de-sac de Douglas.

Marie B... âgée de 36 ans IV^e pare, entre dans le service de M. Laroyenne, le 25 mars 1895.

Les dernières règles datent de la fin de décembre 1894.

Il y a un mois, la malade a vomi à deux reprises à la suite des troubles gastro-intestinaux; son ventre grossit subitement et en même temps apparurent les troubles de la miction.

Huit jours après le début de ces accidents, elle présenta de l'œdème des membres inférieurs à marche progressivement ascendante qui, parti des extrémités, gagna les jambes, les cuisses et actuellement atteint la région vulvaire.

L'examen de cette malade permet de constater les faits suivants : le ventre est beaucoup plus volumineux que ne le comporte la période présumée de la grossesse. A la palpation abdominale, on délimite une tumeur médiane, globuleuse, ovoïde, mate, remontant à quatre centimètres au-dessus de l'ombilic. Cette saillie est due à la vessie.

Le réservoir urinaire est très agrandi dans le sens vertical;

on peut y faire pénétrer jusqu'au manche et sans en toucher le fond, un hystoremètre à tige métallique, longue de vingt centimètres. En employant une sonde en gomme, on ne réalise qu'un cathéterisme incomplet. Pour assurer l'évacuation totale de l'urine, il faut combiner au cathéterisme, le toucher vaginal et presser avec les doigts sur les cul-de-sacs vaginaux, latéraux et postérieurs.

On retire ainsi près de trois litres d'une urine claire.

Le col est extrêmement élevé, situé bien au-dessus du bord supérieur de la symphyse et dévié à droite. Il est difficilement accessible.

Le cul-de-sac postérieur est tendu bombé. Par le toucher rectal on perçoit à 7 centimètres au-dessus du sphincter externe de l'anus, une tumeur fluctuante, antérieure au rectum. La cloison recto-vaginale est épaissie et œdématisée; la vulve et les grandes lèvres sont aussi infiltrées.

L'état général est bon.

La malade, maintenue au lit dans le décubitus dorsal, fut sondée toutes les trois heures, et chaque fois, le cathéterisme vésical fut complété par les pressions digitales exercées sur la vessie à travers la paroi postérieure du vagin. Après quatre cathéterismes on fait la réduction et on pose le pessaire de Hodge. La vessie se vide dès lors régulièrement. La femme quitte le service. Son accouchement est parvenu à terme et n'a jamais eu des accidents urinaires.

OBSERVATION VIII (Résumée).

A. Martin. — Rétroflexion d'utérus gravidique et prolapsus vésical retro-utérin.

Il s'agit d'une V^e pare, âgée de 25 ans, dont la grossesse re-

monte à 5 mois. Après son 2^e accouchement datant de 3 ans elle ne s'est allitée que 8 jours à peine et a repris ses occupations.

C'est à cette époque que remonte la sensation de gêne pendant la marche et de pesanteur dans le bas-ventre. Il y a un an et demi, les malaises augmentent notablement ; en même temps, la malade sent que la matrice descend et que dans la station verticale, une tumeur arrondie fait saillie hors de la vulve ; il s'agit sans doute de la paroi vaginale ; mais il est probable que l'utérus ne possède plus ses moyens de fixité en parfait état de tonicité.

Il y a quatre semaines, elle est prise de douleurs qui font croire à l'imminence d'une fausse couche et qui durent 3 à 4 heures. La constipation déjà habituelle, augmente encore. Depuis, les douleurs revenaient par crises. Enfin, le ventre se ballonne au point d'atteindre un volume énorme et la malade cesse d'uriner.

Ce n'est que prenant une position particulière, qu'elle parvient à émettre chaque fois une petite quantité d'urine. D'autre part, la constipation devient opiniâtre. Pendant quatre semaines, la malade demeure dans cet état. Elle prend des différentes positions, notamment la genu-pectorale pour soulager un peu ses souffrances.

La malade est apportée à la clinique privée de M. le Docteur Martin. Son état général est mauvais ; elle accuse des douleurs dans les flancs ; le ventre est distendu et ballonné ; la tumeur hypogastrique, médiane, ovoïde, remontant jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, fluctuante, mate à la percussion. Au toucher, l'utérus est rétrofléchi à l'angle aigu. En essayant de pratiquer le toucher vaginal, en pressant sur la paroi postérieure du vagin immédiatement au-dessus de la fourchette, on provoquait un jet d'urine assez fort, par le

méat. Et de fait, il existait en ce point une tumeur molle, fluctuante, réductible qui bombait sous la muqueuse vaginale et qui ne pouvait être comprimée sans douleurs pour la patiente. Il s'agissait évidemment d'un diverticule du réservoir vésical.

OBSERVATION IX. (Résumée).

Unterberger. — Retroversio-flexio uteri gravidi partialis incarcerata. Urachusfistel.

Il s'agit d'une femme amenée à l'hôpital pour un prétendu : « kyste de l'ovaire ouvert au niveau de l'ombilic ».

Réglée depuis l'âge de 19 ans, irrégulièrement ; les dernières règles remontent à quatre mois.

Il y a 3 mois et demi, elle a fait une chute de la hauteur de 3 mètres, et depuis cet accident, elle est malade. Depuis un mois elle a des troubles de la miction, et il y a 15 jours, que la rétention d'urine est complète. En même temps se produisit une fistule au niveau de l'ombilic par laquelle l'urine s'écoule, ce qui est constaté à son admission dans le service. Cette ouverture a soulagé grandement la malade.

A l'examen : au toucher, on trouve une tumeur élastique dans le cul-de-sac de Douglas. Cette tumeur présente un sillon superficiel qui la sépare en deux parties. Le col n'est pas accessible. Après le cathéterisme, la tumeur abdominale, diminue de volume, et l'urine cesse de couler par la fistule. Après plusieurs cathéterismes, l'utérus se redresse.

La malade fait une fausse couche de cinq mois.

OBSERVATION X. (Résumée).

Funke. — Beitrag zur Belastungstherapie bei Retroflexio uteri gravidi.

Il s'agit d'une femme multipare, dont les dernières règles datent de 4 mois, et qui entre à l'hôpital pour les douleurs lombaires, anurie et constipation.

Examen. — Au toucher, on trouve un utérus en rétroversion; col au-dessus de la symphyse; corps fait saillie dans le cul-de-sac postérieur.

M. Funke introduit dans le vagin un « Kolpenurynter » (appareil qui comprend deux sacs de volume différent et lesquels se communiquent par un court tube en verre), dans lequel il verse 1.000 grammes du mercure à travers un tube en verre et qu'il retire de suite.

On constate que l'utérus se trouve à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse; tandis que la tumeur qui faisait saillie dans le cul-de-sac postérieur est devenue plus petite et plus haut située.

Il appliqua deux fois le Kolpenurynter et après une demie heure on pouvait constater le redressement total de l'utérus et sentir le fond à 4 ou 5 travers de doigt au-dessus de la symphyse

OBSERVATION XI (Résumée).

Müller. — Die Behandlung des Uterus gravidus incarceratus mit dem elastischen Ballon.

Il s'agit d'une femme enceinte de 4 mois. Depuis 8 jours, elle ressent des grandes douleurs lombaires et présente des troubles urinaires.

A l'examen, le col se trouve au-dessus de la symphyse, et se contine par une tumeur qui se trouve en arrière et qui n'est pas autre chose que le corps adhérent à la cavité sacrée. Au palper, on trouve, à 4 travers de doigt au-dessus de la symphyse, une tumeur dirigée vers le promontoire.

Diagnostic : utérus gravide retrofléchi partiellement. On n'arrive pas à réduire l'utérus par les manœuvres manuelles.

Muller conseille d'introduire un ballon élastique de Braun dans le vagin, après avoir vidé la vessie. Quelques heures après l'introduction du ballon, la femme éprouve des grandes douleurs ; et puis tout d'un coup, les douleurs cessent.

L'examen est fait. Cinq heures après l'introduction du ballon, on trouve l'espace de Douglas libre ; l'utérus dans l'abdomen et le fond de l'utérus à 2 travers de doigt, au-dessous de l'ombilic.

Muller propose de maintenir l'utérus réduit par un tampon d'ouate introduit dans le vagin.

La grossesse continuait.

OBSERVATION XII

Chaleix et Fieux. — Cas de mort et de rétention du fœtus dans l'utérus rétrofléchi.

Femme de 32 ans, malade, dit avoir toujours souffert du ventre ; habituellement très constipée, restant quelquefois 15 jours sans aller à la selle et ayant, au bout de ce temps, de véritables débâcles.

Réglée à 20 ans. Dysménorrhée. Règles très intermittentes. Elle se marie à 31 ans et devient enceinte presque aussitôt. (Aménorrhée, nausées, gonflement des seins).

En août 1892, on l'examine et on diagnostique chez elle une grossesse de 3 mois, avec rétroflexion très marquée de

l'utérus. On constate au toucher que le corps, volumineux, bombe dans le cul-de-sac postérieur et appuie sur le rectum. Le col n'est pas ramolli.

En septembre, la malade perd du sang liquide pendant 3 jours, puis expulse quelques caillots; montée laiteuse; les jours suivants, elle voit disparaître progressivement tous les signes sympathiques de la grossesse; les seins s'affaissent peu à peu.

Les mois suivants, les règles réapparaissent périodiquement, mais très peu abondantes.

Malaise général à peu près constant.

Dès 5-24 avril 1893, elle éprouve de très vives douleurs dans le bas-ventre, analogues à des coliques expulsives.

Elle nous fait appeler et nous constatons que le col est dur, allongé et cônique, non entr'ouvert. Le corps volumineux, mais pas plus qu'au moment de notre examen huit mois auparavant, appuie fortement sur le rectum et remplit le cul-de-sac postérieur.

Quelques jours après, sans grandes douleurs, la malade expulse brusquement et en un temps un œuf verdâtre, entier, paraissant âgé de 3 mois. La rétention post-mortem avait donc duré huit mois environ.

OBSERVATION XIII (Résumée).

Possanner. — Ein fall von Retroflexio uteri gravidi, complicirt mit hypertrophischer Ellongation der Portio supra vaginalis und perimetrischen Adhäsionen.

Il s'agit d'une III^e pare, âgée de 21 ans. La première grossesse s'est terminée par un avortement. Il y a 15 mois, 2^e grossesse normale avec un enfant à terme.

Périmétrite après chaque couche. Les suites de la périmé-

trite se sont manifestées pendant la troisième grossesse actuelle, quand l'utérus commençait à augmenter. Les dernières règles datent de 3 mois; elle éprouve des douleurs, des tiraillements dans le bas-ventre et une sensation de pesanteur; ces phénomènes sont calmés par le repos au lit; tous les mouvements actifs sont douloureux.

Examen à l'entrée.

A la vulve, on constate une tumeur de la grosseur d'une orange, violacée — c'est le col qui est très allongé.

Le corps de l'utérus correspond par son volume à une grossesse de 4 mois et se trouve franchement en rétroversion. Le fond de l'utérus n'est pas palpable. Le corps de l'utérus peut être facilement redressé. Les adhérences périmétriques ont fixé l'utérus. Elle s'est développée par une compression anormale, une stase sanguine et lymphatique dans la partie basse de l'utérus et ensuite une forte hypertrophie et élongation de la portion vaginale du col. Ce dernier, ne pouvant pas s'élever à la suite des adhérences et pressé en outre par l'utérus gravidé hypertrophié, s'est dirigé en bas vers l'endroit de moindre résistance.

A l'examen de cette femme, on a trouvé une masse à la vulve qui n'était pas autre chose que le col hypertrophié.

CONCLUSIONS

1^o Les principales causes de la rétroversion de l'utérus gravide sont : l'existence d'une rétroversion antérieure, congénitale ou acquise, et la multiparité.

2^o La rétroversion de l'utérus gravide peut aboutir soit au redressement spontané, soit à l'avortement, soit à l'enclavement. La première terminaison la plus fréquente, ce qui rend généralement bénin le pronostic de l'utérus gravide rétrofléchi ; la deuxième est bien moins favorable, et la troisième particulièrement grave, à cause de la cystite gangréneuse qui complique souvent l'enclavement.

3^o Le traitement de la rétroversion de l'utérus dépend avant tout de l'état de la vessie.

Quand la vessie est intacte ou légèrement lésée, il faut faire le cathéterisme et pratiquer la réduction de l'utérus.

L'existence des lésions vésicales prononcées contre-indique formellement l'intervention sur l'utérus par n'importe quelle voie. Toute attention doit être rapportée du côté de la vessie.

Vu : le président de la Thèse,
BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1. *Alfred.* — Zur Behandlung des incarcerateden retrovertirten uterus Centralb. f. gynäk, 1898.
2. *Asterblum.* — Zentralbl. f. gyn. 1892, p. 375.
3. *Bar, Brindeau, Chambrelent.* — La pratique de l'art de l'accouchement. Par. 1907.
4. *Bley.* — Beitrag zur Lehre der Retroflexio uteri gravidi incarcerata. Th. de Giessen. 1908.
5. *Budin.* — Obstétrique et gynécologie, 1886.
6. *Chaleix et Fieux.* — Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. 1893. Trois cas de mort et de rétention du fœtus dans les utérus rétrofléchis.
7. *Charles de Liège.* — La rétrodéviation de l'utérus pendant la grossesse. Journal de médecine, 1875.
8. *Idem.* — Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse, 1878.
9. *Choquet.* — Kyste de l'ovaire avec concomitance de grossesse dans un utérus en rétroversion. J. de sciences de Lille 1907.
10. *Combarieu.* — Th. de Paris, 1885.
11. *Couvelaire.* — Incarcération pelvienne de l'utérus gravide rétrofléchi avec abaissement du col. Soc d'obst. de gyn. et de ped. Par. 1909.
12. *Delbet Pierre.* — Suppurations pelviennes.

13. *Depaul.* — Annales de Fécologie, 1876.
14. *Idem.* — Bulletin de l'Académie, septembre 1865.
15. *Dienst.* — Deutsche, méd. Wochenschr. 1905, p. 623. Über Retroversio uteri gravidi incarcerata an der Hand einer mit schwersten wirklichen Ileus complizirten genesenen Falles.
16. *Ducor.* — Rétroversion de l'utérus gravis. Th. de Par. 1879.
17. *Dührssen.* — Über Aussackungen Rückwärtsneigungen und Kniekungen des schwangeren Uterus. Centrabl. f. gynak, Leipz. 1898, p. 859.
18. *France (de).* — De la rétroversion utérine pendant la grossesse au point de vue du traitement. Th. de Paris 1874.
19. *Funke.* — Beitrag zur Belastungstherapie bei Retroflexio uteri gravidi. Zentralbl. f. gyn. 1900.
20. *Frithsch.* — Maladies des femmes.
21. *Gallois.* — Leçon sur un cas de rétrodéviation de l'utérus gravis. Dauphiné méd. Grenoble 1893, p. 209, 220.
22. *Gottschalk.* — Fall von tödtlicher Abnückung des S. romanum in Folge von Retroversio uteri gravidi am Ende des 4. Monat. Ztschr. f. Geburtsh. u. gynak. Stuttg. 1894.
23. *Guichard.* — Gazette médicale de Par. 1856.
24. *Hannecart.* — Un cas de dilatation énorme de la vessie, provoquée par un utérus en rétroversion et enclavée dans le bassin. Ann. de la Soc. belge de chirurgie, 1900.
25. *Hardouin.* — Th. de Paris, 1895-96. Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravis.
26. *Harlay.* — Contribution à l'étude de la rétrodéviation de l'utérus gravis. Th. de Paris, 1899.
27. *Hartmann Henri.* — Du drainage et de l'évacuation continue de la vessie dans le traitement des cystites. Gazette des Hôpitaux, 16 avril 1887.
28. *Jacob.* — La laparotomie dans certains cas de retroflexion pathologique de l'utérus pendant la grossesse. J. d'accouch. 1898.

29. *Jayle et de Lima.* — Du rôle capital des lésions annexielles dans les réflexions et retroversions douloureuses.
Rev. de Gyn. et de Chir. abd., 1897, p. 975.
30. *Kleinwächter.* — Einige worte über die spontane antretende aufstellung des mobilen retrodevirten Uterus.
Ztschr. f. Gethurth und. Gynak. Stuttg. 1904.
31. *Küstner.* — Retroflexio-versio. Retroflexio und retroversio uteri gravidi.
Handbuch f. gynak. von Veit. Band I 1907.
32. *Labadie et Leguen.* — Pathogénie de la rétroversion.
33. *Lacroix.* — Des déplacements de l'utérus.
Th. d'agrég. de. Par. 1844.
34. *Langenhagen (de).* — Rétrodéviation utérines adhérentes avec reliquats annexiels.
Ann. de. gyn. et d'obstetr. Par. 1907, p. 431.
35. *Lathuras-Viollet.* — Variété de rétention dans la rétroversion de l'utérus gravis par renversement de la vessie dans le cul-de-sac de Douglas. Ann. de gyn. 1896. p. 286.
36. *Le Dentu.* — La crête médiane postérieure du corps de l'utérus envisagée comme signe des rétrodéviationes.
Bull. méd. 1895, p. 275.
37. *Lehmann.* — Ueber einige Beziehungen der Retroflexio uteri fixata zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Berl. Klin. Wochenschr. 1901.
38. *Macrez.* — Tonicité utéro-pelviennne et rétrodéviation. La gynécologie 1909. Par. 31-43.
39. *A. Martin.* — Über die Beziehungen der Retrodeviationen des Uterus zur Schwangerschaft.
Deutsche. méd. Wochenschr 1889, n° 39.
40. *Idem.* — Travaux cliniques d'obstétr et de gynécologie.
41. *Idem.* — Rétroflexion d'utérus gravis et prolapsus vésical rétro-utérin, Normandie méd. Rouen. 1896.

42. *Idem.* — Retroversion de l'utérus gravis ; réduction après la laparotomie, continuation de la grossesse. Rev. méd. de Normandie. Rouen. 1903.
43. *Müller.* — Die Behandlung des uterus gravidus incarceratus mit dem elastischen Ballon centralbl. f. Gynak. Leipz. 1898. p. 1181.
44. *Olshausen.* — La semaine médicale 1908, p. 114 Contribution à l'étude de la rétroflexion utérine puerp.
45. *Oui.* — Note sur un cas de rétroflexion de l'utérus gravis Echo. méd. du Nord. Lille 1898, p. 332.
46. *Idem.* — Retroversion de l'utérus gravis. Rev. prat. d'obst. et de ped. 1894.
47. *Pichevin.* — Semaine gynécologique. Par. 1898.
48. *Idem.* — Retroversion par un corps fibreux. Semaine gynéc. Par. 1904.
49. *Pinard et Varnier.* — Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravis. Ann. gyn. 1886.
50. *Pincus.* — Ludwig. zur Etiologie der Retroflexio uteri puerp. Zentralbl. f. gyn. Leipz. 1908.
51. *Pitha.* — Beitrag zur Etiologie et Therapie der angebornen Retroversionen des Uterus. Méd. Bl. Wien 1909.
52. *Poirier.* — Traité d'anatomie humaine. V^e volume.
Le développement des ovaires et de l'utérus.
53. *Possanner.* — Ein fall von Retroflexio uteri gravidi, complicirt mit hypertrophischer elongation der Portio supravaginalis, Wien. méd. Wochenschr. 1895, p. 1014.
54. *Pozzi.* — Traité de gynécologie 1896. Par.
55. *Reed Ch.* — American Journal of. Obstetric, 1907.
56. *Reinecke.* — Zur retroflexio uteri gravidi cum incarceratione. Münchener med. Wochenschr., 1900.
57. *Reynier.* — Congrès internat. de gyn. et d'obst. Genève 1896.
58. *Roberts.* — Jodlich verlaufene septische Cystitis mit Blasenruptur bei Retroversio uteri gravidi Zentralbl. f. Gyn. 1906. 49, p. 1363.

59. *Salmon*. — De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. Th. d'agrég. Par.
60. *Schuhl*. — Rétroflexion de l'utérus gravide. Rev. méd. de l'Est. Nancy, 1894.
61. *Schultze*. — Traité des déviations utérines.
62. *Schwarz*. — Note sur deux observations de rétroflexion utérine : utérus à ressort, utérus gravide Ann. de gynéc. d'obst et ped. Par. 1894.
63. *Tarnier et Budin*. — Traité de l'art d'accouchement. t. II.
64. *Testut*. — Traité d'anatomie humaine.
65. *Thomson*. — Beitrag zur retroflexio uteri gravid partialis. Zentralbl fur gyn. 1906, p. 547.
66. *Treub*. — Die Todesursachen bei incarce ratio uteri gravid retroflexi. Zentralbl. f. gyn. 1892, p. 375.
67. *Trillat*. — Etude des quelques points concernant les troubles urinaires dans la rétroversion de l'utérus gravide. Annales des mal. des org. génito-urin. Par. 1907.
68. — *Unterberger*. — Retroversio-flexio uteri gravid partialis incarcerata. Urachusfistel. Monatschr. f. geburth. u. gynäk, Berl. 1900.
69. *Vaille*. — Contribution à l'étude anatomique, pathologique et clinique des rétroversions utérines. Th. de Par. 1906
70. *Varnier*. — Rétroversion récidivante de l'utérus gravide. Ann. de gyn. 1889.
71. *Venot*. — Rétroflexion utérine. Large bride fibreuse sur la face postérieure de l'utérus. Rev. mens. de gyn. d'obst. de ped. Bordeaux, 1903.
72. *Schultze*. — Loc. cit. p. 259.
73. *Sänger*. — Centrab. fur. gyn. 1885, p. 664.

PARIS

Imprimerie JOUVE et Cie, 15, Rue Racine.
